

N° 302

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2012.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2013* (n° 287)

TOME II

ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR M. CHRISTIAN PAUL,

Député.

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1 à 6, 8, 9, 11 à 36, 75 et 76** figurent dans le rapport de M. Gérard Bapt, sur les recettes et l'équilibre général (n° 302, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **7, 10, 37 à 51, 56 à 59 et 65 à 70** figurent dans le rapport de M. Christian Paul, sur l'assurance maladie et les accidents du travail (n° 302, tome II).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **52 à 55** figurent dans le rapport de Mme Martine Pinville, sur le secteur médico-social (n° 302, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **60 à 64, 73 et 74** figurent dans le rapport de M. Michel Issindou, sur l'assurance vieillesse (n° 302, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **71 à 72** figurent dans le rapport de Mme Geneviève Levy, sur la famille (n° 302, tome V).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 302, tome VI.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
I.- 2012-2017 : L'AMBITION D'UNE TRANSFORMATION PROGRESSIVE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ	13
A. L'ÉGAL ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ CONSTITUE L'URGENCE	13
1. L'accès aux soins de premier recours : une mobilisation générale.....	13
<i>a) Lutter contre les déserts médicaux en construisant un cadre attractif pour les professionnels</i>	13
<i>b) Lutter contre les renoncements aux soins</i>	17
2. L'hôpital au service de l'intérêt général des patients	21
<i>a) Retrouver la notion de service public hospitalier</i>	22
<i>b) Repenser le financement des établissements de santé</i>	28
3. Une organisation des soins construite autour du parcours du patient	35
<i>a) Promouvoir les parcours de soins</i>	35
<i>b) Placer la qualité au cœur de la préoccupation des soignants</i>	37
<i>c) Se doter d'outils informatiques performants et communicants</i>	40
B. DES EFFORTS COURAGEUX ET ASSUMÉS DE MAÎTRISE DES DÉPENSES POUR DÉGAGER LES MOYENS FINANCIERS D'UN SOUTIEN À LA NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ	44
1. La situation financière de l'assurance maladie reste préoccupante.....	44
2. Soins de ville : mieux soigner, au meilleur prix, grâce à des mutations en profondeur	46
<i>a) Les baisses de tarifs et la maîtrise médicalisée doivent s'appuyer sur un dialogue approfondi avec les professionnels de santé</i>	46
<i>b) D'une médecine curative à une médecine préventive : comment préparer les mutations du XXI^{ème} siècle ?</i>	49
3. La nécessaire maîtrise des charges des établissements publics de santé	52
<i>a) Une situation financière toujours difficile</i>	52
<i>b) Des gains d'efficience encore possibles</i>	58

4. La réforme de la politique du médicament.....	60
<i>a) Mieux et moins consommer les médicaments prescrits en ville.....</i>	61
<i>b) Les enjeux de maîtrise des dépenses de médicaments à l'hôpital.....</i>	62
<i>c) Politique des prix : bâtir une politique industrielle du médicament au service des patients et de l'innovation thérapeutique.....</i>	66
<i>d) Mieux évaluer les médicaments.....</i>	68
II.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES : NE PAS BAISSER LA GARDE.....	71
A. LE NIVEAU DES RISQUES PROFESSIONNEL EST CLAIREMENT TROP ÉLEVÉ.....	72
1. La persistance des accidents du travail et l'augmentation des maladies professionnelles.....	72
2. La veille et l'évaluation des nouveaux risques doivent être renforcées.....	76
B. INDEMNISER LES VICTIMES, FINANCER LA PRÉVENTION.....	80
1. La fin d'un déficit anormal.....	80
2. La tarification doit être le premier levier de la prévention.....	82
3. L'évolution des dépenses en 2012 et 2013.....	83
4. Les actions de prévention des risques professionnels.....	86
<i>a) Les actions menées par la branche AT-MP.....</i>	86
<i>b) Le renforcement des liens avec les services relevant du ministère du travail.....</i>	87
<i>c) La situation originale du régime agricole.....</i>	89
III.- LES MESURES NOUVELLES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT POUR 2013.....	91
A. UN OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE ENGAGÉ ET COHÉRENT.....	91
B. LES MESURES VISANT À AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SOINS.....	92
1. La permanence des soins (article 37).....	92
2. Le transport des patients (article 38).....	92
3. La lutte contre les déserts médicaux.....	93
<i>a) Les praticiens territoriaux de médecine générale (article 40).....</i>	93
<i>b) Les propositions de votre commission en faveur de la médecine salariée.....</i>	93
4. Une meilleure prise en charge des patients.....	94
<i>a) L'expérimentation de parcours de santé (article 41).....</i>	94
<i>b) La nécessaire clarification du projet de dossier médical personnel.....</i>	94
<i>c) L'interruption volontaire de grossesse prise en charge à 100 % (article 43).....</i>	95
<i>d) L'amélioration de la protection sociale des personnes détenues (article 51).....</i>	95

<i>e) La création d'indemnités journalières et l'unification du régime d'assurance maladie des exploitants agricoles proposée par votre commission (article 56).....</i>	96
5. Un financement indépendant pour les associations de patients et la formation continue des médecins.....	96
B. LES MESURES RELATIVES AUX SOINS DE VILLE	97
1. Les nouveaux modes de rémunération visant à encourager le travail en équipe autour du patient (article 37).....	97
2. La suppression de l'option de coordination renforcée (article 42).....	97
C. LES MESURES RELATIVES AU MÉDICAMENT	98
1. L'encadrement de la publicité pour les médicaments et dispositifs médicaux	98
<i>a) Renforcement du contrôle de la publicité pour les médicaments et dispositifs médicaux (article 42).....</i>	98
2. La régulation des prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (article 45).....	99
3. La régulation de la visite médicale dans les établissements de santé (article 46).....	99
4. L'externalisation des fonctions de stockage des pharmacies à usage intérieur (article 50).....	99
D. LES MESURES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	100
1. Un premier pas en direction d'une réforme de la tarification à l'activité.....	100
<i>a) L'abrogation de la convergence intersectorielle (article 47).....</i>	100
<i>b) Le report de plusieurs réformes liées à la tarification à l'activité (article 49).....</i>	100
2. La diversification du financement de la trésorerie des centres hospitaliers régionaux (article 48)	101
E. LES MESURES RELATIVES AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET AUX MALADIES PROFESSIONNELLES	101
1. La création d'une prestation d'aide à l'emploi d'une tierce personne (article 65).....	101
2. L'amélioration de la récupération des indemnités versées en cas de faute inexcusable de l'employeur (article 66).....	102
3. L'égalité des conditions d'accès à la retraite pour l'ensemble des travailleurs de l'amiante (article 67)	102

EXAMEN DES ARTICLES RELATIFS À L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL	105
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012	105
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses	105
<i>Article 7</i> (art. 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012) : Déchéance des crédits du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés	105
<i>Article 10</i> : Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2012	108
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2013	114
Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	114
<i>Avant l'article 37</i>	114
<i>Article 37</i> (art. L. 162-514 du code de la sécurité sociale ; art.44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008) : Amélioration de la permanence des soins	116
<i>Article 38</i> : Expérimentation relative à la régulation des transports sanitaires	120
<i>Après l'article 38</i>	129
<i>Article 39</i> (art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale) : Rémunération forfaitaire pour renforcer l'exercice interprofessionnel	133
<i>Article 40</i> (art. L. 1435-4-2 [nouveau] du code de la santé publique ; art. L. 162-5-14-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Création du contrat de praticien territorial de médecine générale	139
<i>Article additionnel après l'article 40</i> (art. L. 4322-1 du code de la santé publique) : Autorisation donnée aux pédicures-podologues de renouveler les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires	153
<i>Après l'article 40</i>	154
<i>Article 41</i> : Expérimentation des parcours de santé des personnes âgées	156
<i>Article 42</i> (art. 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012) : Abrogation de l'option de coordination	163
<i>Article 43</i> (art. 322-3 du code de la sécurité sociale) : Suppression de la participation de l'assurée pour les actes liés à l'interruption volontaire de grossesse	169
<i>Article additionnel après l'article 43</i> (art. L. 162-13-3 du code de la sécurité sociale) : Instauration de la facturation séparée en cas de transmission d'un échantillon biologique	172
<i>Article additionnel après l'article 43</i> : Expérimentation du tiers-payant intégral pour les soins de ville dispensés aux étudiants	173
<i>Article 44</i> (art. L. 5122-6, L. 5422-5 et L. 5213-3 du code de la santé publique ; art. L. 165-8-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Mesures relatives à la publicité pour les produits de santé	174
<i>Article 45</i> (art. L. 5121-12-1, L. 162-17-2-1 et L. 162-17-2-2 [nouveau] du code de la santé publique) : Recommandations temporaires d'utilisation et prise en charge de médicaments pour lesquels il existe des alternatives thérapeutiques	179

<i>Après l'article 45</i>	187
<i>Article additionnel après l'article 45</i> (art. L. 5121-2 du code de la santé publique ; art. 41 de la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé) : Interdiction de mentionner le nom d'un fabricant pharmaceutique sur une ordonnance	188
<i>Article 46</i> (art. 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ; art. L. 6143-7 et L. 6161-2 du code de la santé publique) : Encadrement de la visite médicale à l'hôpital.....	191
<i>Article 47</i> : Arrêt du processus de convergence intersectorielle.....	199
<i>Après l'article 47</i>	209
<i>Article 48</i> (art. L. 213-3 du code monétaire et financier) : Habilitation des centres hospitaliers régionaux à émettre des titres de créance négociables	210
<i>Article 49</i> (art. 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004) : Report de plusieurs réformes liées à l'instauration de la tarification à l'activité	216
<i>Après l'article 49</i>	223
<i>Article 50</i> (art. L. 5126-5-2 [nouveau] du code de la santé publique) : Externalisation des fonctions de stockage des pharmacies à usage intérieur	224
<i>Article 51</i> (art. L. 381-30, L. 381-30-1 et L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale) : Clarifier les règles de prise en charge et de financement des soins délivrés aux personnes détenues	228
<i>Article 56</i> (art. L. 731-13, L. 731-35-1 et L. 731-35-2 [nouveaux], L. 732-4, L. 732-4-1 [nouveau], L. 732-6, L. 732-7, L. 732-15, L. 762-13-1 [nouveau], L. 762-18 et L. 762-18-1 [nouveau] du code rural et de la pêche maritime) : Création d'un dispositif d'indemnités journalières pour les personnes relevant du régime d'assurance maladie-invalidité-maternité des non-salariés agricoles.....	232
<i>Article additionnel après l'article 56</i> (art. L. 726-2, L. 726-3, L. 731-10, L. 731-30, L. 731-31 à L. 731-33 et L. 732-7 du code rural et de la pêche ; section II du chapitre II du titre IV du livre IV du code des assurances) : Gestion par la Mutualité sociale agricole du régime d'assurance maladie, invalidité, maternité des non-salariés agricoles.....	237
<i>Article 57</i> : Dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics	238
<i>Article additionnel après l'article 57</i> : Rapport du Gouvernement sur le dossier médical personnel	254
<i>Après l'article 57</i>	255
<i>Article 58</i> : Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.....	256
<i>Article 59</i> : Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2013 et de sa ventilation	261
<i>Après l'article 59</i>	271

Section 3 : Dispositions relatives aux dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles.....	272
<i>Article 65</i> (art. L. 241-10, L. 413-4, L. 434-2, L. 434-7, L. 443-1 et L. 821-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 232-23 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime) : Création d'une prestation complémentaire de recours à tierce personne	272
<i>Article 66</i> (art. L. 452-2, L. 452-3-1 [nouveau] et L. 452-4 du code de la sécurité sociale) : Récupération des indemnités versées en cas de faute inexcusable de l'employeur	276
<i>Article 67</i> (art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 ; art. L 341-14-1 du code de la sécurité sociale) : Amélioration de la retraite à 60 ans des polypensionnés bénéficiaires d'une allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	283
<i>Article 68</i> : Versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	285
<i>Article 69</i> : Contribution de la branche accidents du travail-maladies professionnelles au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.....	289
<i>Article additionnel après l'article 69</i> : Rapport du Gouvernement sur une voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante.....	297
<i>Article 70</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2013.....	298
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	299

INTRODUCTION

« Plus encore, il apparaît que défendre la reconnaissance collective de tout ce qui porte un souci des autres ne peut se faire qu'au nom d'une conception du vivre ensemble, d'une vision des âges de la vie, d'un questionnement sur la place de la dépendance, et d'une réflexion sur la vulnérabilité alors même que la mondialisation néolibérale oublie ces questions au nom d'une marchandisation étendue à l'humain, aux corps et aux esprits... »

Fabienne Brugère, *L'éthique du care*

Pendant des décennies, notre système de soins fut réputé pour être l'un des plus solides au monde. Il l'est probablement encore aujourd'hui. La France figure parmi les pays dont les dépenses de santé par habitant sont les plus élevées : 220 milliards d'euros par an, soit en moyenne 3 200 euros par an et par habitant, dont les trois quarts sont pris en charge par les pouvoirs publics. La France est au troisième rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes et au septième rang chez les hommes.

Pourtant, malgré les progrès continus de la recherche, l'engagement des professionnels, et la modernisation de l'offre de soins, le doute s'est installé. En effet, les chiffres recouvrent une réalité plus contrastée. Le taux de mortalité prématurée avant 65 ans est encore trop élevé (20 % des décès en 2008) et les inégalités socio-professionnelles de santé sont encore très marquées ⁽¹⁾.

Surtout, la proportion de Français qui estiment que le système de soins se détériore reste élevée en 2012 ⁽²⁾. Et pour cause ! Les inégalités d'accès aux soins se sont accrues dans les dix dernières années. La prétendue « *responsabilisation des patients* » s'est traduite par des baisses de prise en charge et la multiplication des renoncements aux soins, notamment pour les soins optiques et dentaires. Le gouvernement précédent a failli à ses responsabilités en laissant les dépassements d'honoraires exploser et remplacer une politique tarifaire digne de ce nom. Enfin, la désertification médicale s'est accélérée dans les zones rurales et les zones urbaines défavorisées.

Quant aux professionnels de santé, ils doutent de leur avenir et se défient des pouvoirs publics.

Après cinq années de restructurations brutales et de réduction drastique du nombre de postes dans la fonction publique hospitalière, les personnels soignants et non soignants sont à bout : leurs conditions de travail se sont dégradées au point que beaucoup estiment ne plus pouvoir mener à bien leurs missions auprès des patients. Alors que les services d'urgence sont débordés, la mise en concurrence

(1) L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers est de 6,3 ans chez les hommes et de 3 ans chez les femmes sur la période 2000-2008.

(2) 65 % selon le sondage « Les Français, la santé et l'argent » réalisé en août 2012 par l'institut LH2.

des établissements de santé et la course à la rentabilité, conséquence de la tarification à l'activité, conduisent à des situations de « maltraitance » des patients, en particulier de ceux dont la prise en charge est mal tarifée et rapporte peu, comme les personnes âgées poly-pathologiques.

Parallèlement, le rôle de proximité des professionnels libéraux auprès des patients est insuffisamment valorisé. Les conditions de travail des médecins généralistes se sont dégradées. On observe une crise des vocations alors même que le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques et les progrès médicaux impliquent plus que jamais un partenariat renouvelé au service des patients.

L'ambition de ce quinquennat doit être de redonner confiance aux Français dans leurs protections collectives et dans leur système de santé. Pas plus que dans d'autres domaines, nous n'acceptons ici que le déclin se substitue au progrès pour les générations actuelles et futures.

Pour cela, tous nos efforts sont aujourd'hui conjugués autour de **cinq priorités, qui sont aussi les grands axes de ce projet de loi de financement** : garantir l'accès aux soins pour tous, lutter contre les déserts médicaux, redresser l'hôpital public, assurer la viabilité durable de notre protection sociale et de son financement pour les générations futures et préparer les grandes mutations à venir.

L'urgence veut d'abord que nous rétablissions l'égal accès aux soins pour tous les Français.

Cela passe en premier lieu par la lutte contre les inégalités financières en matière de santé. Nous avons ainsi fait le choix de mettre fin aux remboursements systématiques et de mieux protéger des plus vulnérables, avec la prise en charge à 100 % des interruptions volontaires de grossesse, avec la mise en place, pour la première fois, d'indemnités journalières maladie pour les non-salariés agricoles et leurs proches, avec l'amélioration de la protection sociale des personnes détenues.

La limitation des dépassements d'honoraires est aussi un des chantiers emblématiques pour l'égalité d'accès aux soins. Sur ce sujet, nous avons souhaité privilégier la négociation pour que nul, parmi les professionnels et les patients, ne soit perdant ou méprisé. A défaut de la voir aboutir, le Parlement devra prendre ses responsabilités, sans recul et sans retard. S'ajoutera à l'encadrement des dépassements, une véritable régulation de la pratique libérale à l'hôpital, dont les abus rejaillissent aujourd'hui injustement sur le reste de la communauté médicale. Cette moralisation très attendue doit intervenir là encore sans délai.

Enfin, nous souhaitons amorcer dès aujourd'hui l'extension du tiers payant, d'abord pour les étudiants, demain dans les centres et maisons de santé, afin que l'avance des frais ne soit plus un obstacle à l'accès aux soins.

La lutte pour l'accès aux soins passe aussi par la mobilisation générale contre les inégalités géographiques. Après dix ans de tentatives et de réflexion, est venu le temps de l'action. Si toute méthode coercitive a été écartée jusqu'ici, il n'en demeure pas moins que les incitations à l'installation doivent être réévaluées, recentrées et renforcées pour être réellement efficaces. La formation des médecins doit aussi changer : les universités doivent être mobilisées et enfin responsabilisées au service d'une répartition plus homogène des professionnels sur notre territoire. L'exercice des professionnels doit correspondre d'avantage aux attentes des jeunes générations et aux besoins des patients, en favorisant les nouveaux modes de rémunération et le travail en équipe.

En matière de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, il convient de renforcer l'exercice collectif de la médecine du travail au sein d'équipes pluridisciplinaires en lien avec les intervenants de la branche. Seule une approche globale permettra de diminuer significativement les sinistres et d'anticiper les nouveaux risques, en particulier les risques psychosociaux causés par les transformations de l'entreprise et du management.

Ces solutions ne porteront leurs fruits qu'à moyen terme. C'est pourquoi nous devons élaborer des solutions immédiatement opérationnelles. Ainsi, dès demain, ce sont 200 praticiens territoriaux de médecine générale qui iront assurer la relève générationnelle dans les zones sous dotées, dans les campagnes et dans les banlieues. Nous donnerons aussi toutes ses chances à la médecine salariée, en favorisant le détachement, à partir des hôpitaux de proximité et des structures mutualistes, de professionnels de santé qui iront exercer dans les territoires déficitaires, en maisons de santé pluridisciplinaires ou en centres de santé.

Pour l'hôpital, qui est souvent le seul recours dans ces zones déficitaires, le seul à assurer un maillage efficace du territoire, le seul à proposer une offre de soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, notre ambition est grande : elle est à la mesure des affronts subis ces dernières années par le secteur public. Nous souhaitons renouer un dialogue confiant avec tous les acteurs du monde hospitalier autour des valeurs du service public. Car, non, l'hôpital n'est pas une entreprise. Non, le secteur public et le secteur privé n'ont pas en totalité les mêmes missions, les mêmes règles, ou les mêmes buts, quelles que soient les qualités des équipes qui les font vivre au quotidien. Les Français le savent, qui restent majoritairement attachés aux valeurs d'accessibilité et de proximité de l'hôpital public⁽¹⁾. En dépit des efforts produits par le précédent gouvernement pour effacer les différences entre le secteur public et le secteur privé non lucratif, d'une part, et le secteur privé, d'autre part, et aligner leurs règles d'organisation et de gestion, nous rétablirons la notion de service public hospitalier dans la loi, nous mettons fin au mythe de la convergence, et nous tournerons la page des excès de la

(1) Dans un sondage TNS Sofres de mars 2012 réalisé pour la Fédération Hospitalière de France, 86 % des personnes interrogées se disent satisfaites de l'hôpital, 73 % considèrent insuffisants les moyens humains et techniques alloués à l'hôpital et 55 % s'inquiètent de « la façon dont évolue l'hôpital ».

tarification à l'activité afin d'élaborer des règles de financement plus transparentes et plus équitables pour les établissements de santé.

Nous mettrons fin à l'obsession entrepreneuriale, aux restructurations anarchiques et au « cannibalisme hospitalier » qui ont prévalu ces dernières années en matière de réorganisation de l'offre de soins : les agences régionales de santé auront désormais pour mission de mettre en œuvre des modernisations négociées et d'organiser des coopérations efficaces et mutuellement profitables entre les établissements.

Enfin, pour préparer l'avenir, nous continuerons à soutenir les hôpitaux dans leur politique d'investissement sans céder aux promesses faciles – il y en eut beaucoup, plus de 2 milliards d'euros –, mais en respectant des règles rigoureuses de sélection des projets et de maîtrise de l'endettement des établissements.

Aussi, et heureusement, ce n'est pas un budget de transition que nous voulons porter aujourd'hui, se contentant de gérer au plus près, en attendant les réformes de fond.

C'est un budget d'inversion, porteur de nouvelles orientations, et nous entendons lancer dès maintenant les réformes d'organisation qui façonneront le système de santé de demain.

L'esprit et la méthode de travail doivent changer. C'est par un dialogue renouvelé avec les usagers, les professionnels, les organismes complémentaires et les pouvoirs publics que nous construirons un système de santé plus protecteur et plus efficient.

De grandes mutations doivent dès maintenant être préparées : le passage d'une médecine curative à une médecine prédictive et préventive, de suivi au long cours des patients, *via* l'amélioration des parcours de soins et le décloisonnement de la prise en charge au service des personnes ; une meilleure consommation des soins et des médicaments, au meilleur prix, au plus près des besoins de chacun ; une association plus active des patients, au travers d'une démocratie sanitaire indépendante et renforcée ; enfin, un système de santé moderne, utilisant les nouvelles technologies (télémédecine, outils personnels de prévention ou encore dossier médical personnel, outils d'aide au diagnostic de l'origine professionnelle d'une pathologie en matière de santé au travail).

Les pessimistes et les cyniques diront qu'en période de contraintes budgétaires, il conviendrait de réduire les dépenses et la prise en charge des patients. Bien au contraire, nous répondons et démontrons en 2013 qu'il est possible, à la fois, de réduire les déficits et d'investir dans notre système de santé pour garantir aux Français le maintien de la protection sociale à laquelle ils ont droit.

I.- 2012-2017 : L'AMBITION D'UNE TRANSFORMATION PROGRESSIVE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

A. L'ÉGAL ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ CONSTITUE L'URGENCE

1. L'accès aux soins de premier recours : une mobilisation générale

L'organisation de l'offre de premier recours est à un moment décisif de son évolution. Alors qu'elle devrait être le pivot du service public de santé, la première porte d'entrée de nos concitoyens dans le système de soins, l'offre de soins de premier recours est fragilisée.

Tous les moyens doivent aujourd'hui être mis en œuvre contre les inégalités territoriales et sociales, la désaffection des jeunes professionnels et le découragement des professionnels installés, notamment des généralistes.

a) Lutter contre les déserts médicaux en construisant un cadre attractif pour les professionnels.

• *La France est l'un des pays européens où les inégalités territoriales dans l'accès aux médecins sont les plus marquées.*

Ces inégalités ne proviennent pas du nombre ou de la densité de médecins sur le territoire mais de leur répartition territoriale marquée par de grandes disparités. L'accès aux soins est ainsi particulièrement difficile dans les zones rurales isolées et certaines zones périurbaines difficiles. C'est la faillite de la liberté d'installation, quand elle est considérée comme un tabou et s'applique dans un grande imprévoyance.

La densité départementale des médecins généralistes et spécialistes révèle que pratiquement un département sur deux compte une densité inférieure à la moyenne nationale. Ainsi, alors que la densité départementale moyenne est de 138,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants, l'écart varie de 101,2 médecins à 226,9 à Paris. **L'essentiel des inégalités de répartition des médecins généralistes s'observe entre les bassins de vie d'une même région.** Ainsi, seulement 10 % des inégalités sont entre régions alors que 90 % s'observent entre les bassins de vie.

Les disparités sont encore plus fortes pour ce qui est des spécialistes. Ainsi, alors que la densité départementale moyenne des spécialistes est de 137,3 pour 100 000 habitants, la Haute-Loire en compte seulement 64,3 et Paris 501,3. L'étude précitée de la DREES fait valoir que la répartition des gynécologues, pédiatres et ophtalmologistes est très contrastée. Les ophtalmologistes se situent au 56^{ème} rang des services et équipements les mieux en adéquation avec la population, les pédiatres au 64^{ème} rang et les gynécologues au 66^{ème} rang.

On observe des inégalités territoriales encore plus marquées pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes que pour les médecins. La répartition des infirmiers libéraux connaît par exemple des écarts allant de 1 à 7 sur le territoire.

Il est d'ailleurs à noter que les zonages établis par les pouvoirs publics ces dernières années pour déterminer les zones sous-dotées sont parfois extrêmement éloignés de la réalité vécue sur le terrain. Les critères sont imparfaits ou erronés, leur application rigide et statique. Selon le rapport de septembre 2011 de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale, l'élaboration d'une nouvelle cartographie des zones prioritaires fondée, outre sur les réalités de chaque territoire, sur le temps d'accès à un généraliste et à un spécialiste avec un temps maximal donné apparaît essentielle afin qu'elle prenne en compte les réalités de chaque territoire et les besoins de la population. Aujourd'hui, les **objectifs en accessibilité (temps d'accès) ou temps d'attente sont insuffisamment intégrés au niveau du schéma régional d'organisation des soins (SROS).**

Comme l'énonçait la ministre de la santé en septembre dernier, « *il y a d'un côté, les Français qui vivent dans les villes centres, qui disposent de l'information nécessaire et des moyens financiers pour consulter les spécialistes qui y sont installés et qui bénéficient d'un réseau de connaissances leur permettant de s'orienter dans un univers où les délais de prise de rendez-vous deviennent préoccupants. Et de l'autre, on voit apparaître des inquiétudes chez nos concitoyens qui voient leurs médecins partir en retraite sans être remplacés, éprouvent des difficultés croissantes pour avancer leurs frais de santé et se sentent perdus face à la difficulté qu'ils éprouvent pour s'orienter et trouver les bons interlocuteurs* ».

Cette situation n'est pas acceptable. C'est l'un des principaux combats de cette législature après cinq années perdues.

Il existe pourtant des leviers d'action, certains à activer, d'autres à inventer, dans le respect de notre tradition de libre choix pour le patient et en recherchant des conditions de vie et de travail attractives pour les professionnels.

- *Réformer les incitations à l'installation*

Pour lutter contre les déserts médicaux, le Gouvernement précédent a mis en place un système de conventionnement sélectif pour certaines professions⁽¹⁾. Mais ce dispositif n'a jamais été étendu aux médecins, pour lesquels s'applique encore un système d'incitations imparfait.

(1) En septembre 2008, un avenant à la convention signée entre l'assurance maladie et les représentants des infirmiers a prévu un système contraignant de conventionnement des professionnels. Dans les zones « surdensées », l'installation d'un professionnel est désormais conditionnée par le départ d'un autre. Ce dispositif, a été étendu aux masseurs-kinésithérapeutes, aux sages-femmes et aux orthophonistes.

En matière d'installation, votre rapporteur estime qu'avant toute méthode coercitive, il faut refonder les méthodes d'incitation, travailler à la réorganisation du cadre de travail des professionnels et l'inscrire dans une réflexion plus large sur la rémunération des médecins.

Il existe déjà de nombreux dispositifs d'incitation financière à l'installation des professionnels de santé en zones peu dotées, résumées en annexes de ce rapport. Leurs résultats sont mitigés.

Les médecins qui s'installent dans des zones « *sous-denses* » peuvent bénéficier d'aides de l'État, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale, (exonérations fiscales, complément de rémunération, bourses pour les étudiants) souvent cumulables et non plafonnées. Souvent, la jungle (des aides) répond au désert. Les bilans de ces dispositifs révèlent de forts effets d'aubaine, voir des effets pervers dus à l'obsolescence des zonages générant le versement de certaines aides, comme l'a montré la mise en œuvre de l'avenant 20, dispositif détaillé dans l'encadré ci-après.

L'exemple de l'avenant 20

L'avenant n° 20 à la convention médicale, entré en vigueur en 2007, a mis en place une incitation financière pour les médecins généralistes de secteur 1 (ainsi que les médecins en secteur 2 avec option de coordination), exerçant ou s'installant en zones sous denses. Or, cette disposition s'est appuyée sur un zonage inadéquat, de sorte qu'elle n'a pas atteint son objectif et a entraîné des effets d'aubaines pour certains professionnels déjà installés.

Dans le cadre de la nouvelle convention médicale, entrée en vigueur le 26 septembre 2011, ce dispositif a été redéfini, pour tenir compte des nouveaux zonages et améliorer son efficacité. Mais pour des raisons budgétaires, ce zonage reste globalement insatisfaisant de l'avis même des acteurs. Il a également été complété par une nouvelle option visant à favoriser la solidarité territoriale entre praticiens.

De plus, non seulement ces aides sont parfois peu connues des futurs professionnels mais elles n'agissent pas sur les autres déterminants de l'installation : la qualité du cadre d'exercice, le niveau d'emploi de la région, l'équipement culturel, la proximité d'un établissement de santé *etc.*

Il convient par conséquent de remettre ces aides à plat, pour les orienter plus efficacement.

Votre rapporteur estime que la priorité doit être de favoriser l'installation des jeunes, partout où les professionnels partiront bientôt à la retraite. Pour cela, il est possible de développer des aides directes adaptées, mais aussi d'adopter des mesures de nature à faciliter la transmission de cabinets par les médecins qui partiront bientôt à la retraite.

- *Encourager les nouvelles formes d'exercice*

Nous devons aussi tenir compte des nouvelles aspirations des professionnels de santé : le rapport au temps de travail a changé. Il est marqué par un attachement plus fort à la conciliation des vies familiale et professionnelle, mais aussi par le besoin de disposer de services multiples, pour ses enfants, et soi-même. La pratique des professionnels doit pour répondre à ces attentes être moins isolées, plus coopérative et interprofessionnelle.

Il faut pour cela développer l'exercice interprofessionnel, le travail en équipe, que les acteurs soient rassemblés sur un même lieu ou non, la systématisation des échanges, et le suivi global des patients.

Il convient tout d'abord de consolider le fonctionnement des structures d'exercice interprofessionnel, notamment les maisons pluridisciplinaires et les centres de santé. Ces structures de premier recours constituent une réponse moderne, efficace et appréciée par la population, aux difficultés que rencontre l'offre de soins de premier recours sur le territoire. La mission de l'Inspection générale des affaires sociales sur les centres de santé, lancée par la ministre de la santé en octobre dernier, devra dégager un modèle économique viable, tenant compte de leur mission d'accueil des plus défavorisés. Un système mixte mériterait d'être étudié : celui-ci pourrait reposer en partie sur la rémunération à l'acte et au forfait. Pourrait s'y ajouter des dotations spécifiques, inspirées du financement des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) pour les établissements de santé, permettant d'assurer le maintien du tiers payant et des tarifs opposables.

Mais l'exercice interprofessionnel n'implique pas toujours un regroupement physique des professionnels. **Il faut aussi encourager la coordination des professionnels, pour décloisonner le système de santé et que le parcours de soin ne reste pas un vain mot.** À ce titre, l'article 38 du présent projet de loi, en mettant en place un nouveau mode de rémunération valorisant le travail en équipe, focalisé davantage sur le service rendu aux patients que sur les structures, est une première avancée que votre rapporteur salue.

- *Garantir un mode d'exercice attractif pour les professionnels et donner une place à la médecine salariée*

Le fait qu'un jeune médecin seulement sur dix s'installe en libéral à l'issue de ses études est particulièrement préoccupant. En 2012, le total des sorties définitives de la vie active serait d'environ 7 000. Il serait d'environ 8 000 dans les quatre prochaines années. On peut y ajouter environ 1 000 sorties temporaires chaque année, ce qui correspond à environ 39 000 soit 18,7 % des médecins. Parmi ces sorties définitives, 45 % concernent des généralistes.

Pour répondre à ce défi majeur, il nous faudra réformer le système de formation et développer les stages en cabinet de ville – et de campagne... –

pendant les études médecine, mais aussi soutenir véritablement l'installation des jeunes médecins qui créent leur cabinet.

Pendant ces mesures ne pourront porter leurs fruits qu'à moyen terme. C'est pourquoi il faut impérativement prendre des mesures d'urgence et innover pour attirer les professionnels dans les zones les plus en difficultés.

L'article 40 du présent projet de loi va dans ce sens, avec la création de 200 postes de praticiens territoriaux de médecine générale à destination des jeunes diplômés, qui viendront soutenir et prendre le relais des professionnels qui partent à la retraite. Votre rapporteur estime que toutes les ressources dont nous disposons doivent être mobilisées pour garantir l'accès aux soins. C'est pourquoi il propose d'étendre le dispositif aux médecins remplaçants et le cas échéant, aux assistants hospitaliers qui seront volontaires.

L'accès aux soins de premier recours passe aussi par une réinvention de la médecine salariée, au-delà des cloisonnements entre milieu hospitalier et ambulatoire. Votre rapporteur propose que soit généralisée la possibilité pour les établissements de santé, centres et autres organismes mutualistes, de détacher des professionnels, dans le cadre de conventions avec les agences régionales de santé. Ces professionnels pourraient proposer des consultations de médecine générale et spécialiste dans les zones sous-dotées, en cabinet ou en soutien à des équipes constituées, en particulier dans les maisons de santé pluridisciplinaires..

b) Lutter contre les renoncements aux soins

Les obstacles à l'accès aux soins ne sont pas que physiques, ils sont aussi financiers : mécanismes de participation des patients développés ces cinq dernières années ; dépassements d'honoraires pratiqués par certains médecins, prise en charge inégale par les organismes complémentaires. Il faut agir sur tous ces facteurs pour contenir le mouvement qui s'est développé depuis dix ans : un système de santé à deux vitesses.

● *Limiter les dépassements d'honoraires : premier chantier emblématique dans la lutte contre les inégalités de santé*

Quelques chiffres suffisent à illustrer l'urgence d'une régulation des dépassements d'honoraires. Entre 1990 et 2010, le taux de dépassement d'honoraires a été multiplié par deux chez les médecins spécialistes, pour atteindre un montant total de 2,5 milliards d'euros. En 2010, 1 médecin sur 4 exerce en secteur à honoraires libres, et pratique des dépassements d'honoraires, pour un montant qui s'élève aujourd'hui en moyenne à 54 % du tarif opposable. Les chiffres recouvrent cependant des disparités territoriales et professionnelles majeures, avec une concentration des dépassements excessifs en Ile-de-France et dans les Bouches-du-Rhône, et une prédominance de certaines spécialités.

Non seulement les dépassements d'honoraires excessifs pèsent sur le reste à charge de nos concitoyens, mais ils posent des problèmes graves

d'accès aux soins dans les zones où peu de spécialistes s'installent. De plus, certaines pratiques abusives jettent l'opprobre sur l'ensemble de la profession médicale et suscitent de nombreuses interrogations sur l'avenir de notre système de santé.

C'est pourquoi une négociation a été initiée par le nouveau gouvernement en juillet dernier, visant à limiter les dépassements, sanctionner les excès, préciser la notion de « *tact et mesure* » des tarifs, dont la définition est largement obsolète, et améliorer la prise en charge de nos concitoyens. Il est souhaitable que ce problème trouve une solution conventionnelle satisfaisante. Á défaut, le législateur prendra ses responsabilités.

Votre rapporteur souhaite à ce titre insister sur la nécessité d'encadrer fermement la pratique libérale à l'hôpital.

D'après les chiffres de l'Assurance maladie, en 2010, 4 500 praticiens hospitaliers exerceraient une activité libérale à l'hôpital, environ 12 % des praticiens hospitaliers. Les professions les plus concernées sont : les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens, les radiologues et les chirurgiens orthopédiques. 59 % de ces praticiens seraient en secteur 1 et 41 % en secteur 2. Leur taux de dépassement moyen est en général plus élevé que pour les praticiens qui n'exercent qu'en libéral (81 % pour les chirurgiens, 93 % pour les gynécologues – médicaux, chirurgicaux et obstétriciens confondus, 80 % pour les oto-rhino-laryngologistes et 96 % pour les ophtalmologues). Enfin, notons que si les praticiens hospitaliers peuvent exercer en libéral à l'hôpital dans le cadre d'un temps plein, ils peuvent également avoir un exercice libéral à l'extérieur de l'hôpital s'ils sont à temps partiel. Le dernier rapport de la commission de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) de l'activité libérale indique que 367 praticiens hospitaliers sur 5 830 avaient une activité libérale en 2010.

Les abus constatés en matière d'exercice libéral à l'hôpital relèvent plus d'une méconnaissance ou d'une inobservation des exigences figurant dans le code de la santé publique que d'éventuels manques dans l'arsenal juridique. Outre la pratique de dépassements d'honoraires très largement supérieurs à la moyenne, les principaux dysfonctionnements concernent : le développement d'une activité libérale concomitamment à une diminution des actes pratiqués dans le cadre de l'activité publique du praticien, l'absence de suivi par la direction de l'hôpital notamment en raison de l'absence de traçabilité de l'activité (tableaux de service), l'inaction de la commission d'activité libérale, et une mauvaise information des patients.

Une moralisation s'impose. Il faut limiter les abus en renforçant la régulation et le contrôle de la pratique privée à l'hôpital, tout en limitant les dépassements d'honoraires. Pour cela, il est envisageable, dès aujourd'hui de :

– en priorité, rendre obligatoire le paiement des actes du patient directement à l'hôpital, ce qui est la première garantie de la transparence ;

– donner plus de pouvoir aux directeurs d’hôpitaux par une meilleure information par l’assurance maladie (transmission mensuelle des données relatives à l’activité du praticien) ;

– soumettre le reversement au praticien à la production non seulement de son état récapitulatif d’activité libérale mais également de son planning d’activité publique (afin de pouvoir contrôler le respect de la règle des 20 %) ;

– donner au directeur la possibilité de demander à l’agence régionale de santé le retrait de l’autorisation d’exercer en libéral (avec délai contraint pour statuer) ;

– encadrer la rémunération issue de l’activité libérale en prévoyant un mécanisme d’indexation de la redevance due à l’hôpital aux montant des dépassements d’honoraires.

• *En finir avec la prétendue « responsabilisation » des assurés et améliorer la prise charge globale des dépenses de soins en repensant le rôle des protections complémentaires*

Le reste à charge des ménages – en prenant en compte la participation de l’assurance maladie, de l’État et des organismes complémentaires, est en 2011 de 9,6 %. **Il n’a cessé d’augmenter depuis dix ans.**

Selon le programme de qualité et d’efficience annexé au présent projet de loi, entre 2005 et 2008, la part de la sécurité sociale dans la prise en charge des patients s’est réduite en raison de diverses mesures d’économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie. Entre 2008 et 2010, elle est tombée de 77 % à 75,7 %. Elle a reculé légèrement en 2011 en raison d’une part, du relèvement de 91 à 120 euros du seuil d’application du forfait de 18 euros sur les actes lourds effectués en ville ou à l’hôpital, d’autre part du déremboursement ou de la moindre prise en charge de certains médicaments et dispositifs médicaux.

Dans le même temps, la prise en charge par les organismes complémentaires est tendanciellement orientée à la hausse. Elle atteint 24,6 milliards d’euros en 2011. Entre 2000 et 2011, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a effet augmenté de 1,3 point, passant de 12,4 % en 2000 à 13,7 % en 2011, sous l’effet du désengagement des pouvoirs publics.

Pendant cinq ans, les Français ont payé plus pour être moins bien soignés.

Le transfert de charges aux organismes complémentaires a été fait sans discernement, ce qui a eu effet de creuser les inégalités de santé. En effet, on sait les conditions de prise en charge complémentaire sont disparates. Comme l’a analysé la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2011, les garanties souscrites par les contrats individuels sont généralement moins

protectrices que celles souscrites par les contrats collectifs, alors même que la cotisation pour les contrats individuels est en moyenne plus élevée. De plus, 7 % de la population n'a pas de couverture complémentaire, parmi lesquels 32 % renoncent aux soins.

Il convient donc de faire cesser la pratique systématique des déremboursements, sous couvert de responsabilisation des malades, politique contraire aux objectifs de santé publique et potentiellement coûteuse pour l'assurance maladie. Car les renoncements aux soins portent le risque d'une prise en charge de pathologies aggravées.

Votre rapporteur plaide en outre pour une réflexion approfondie sur l'amélioration de la prise en charge des soins, notamment dentaires et optiques, pour lesquels le reste à charge des ménages est le plus important.

Enfin, il convient de reconnaître les organismes complémentaires comme des partenaires à part entière, et non comme des payeurs aveugles. À ce titre, votre rapporteur se félicite de leur étroite association à la négociation en cours sur les dépassements d'honoraires médicaux. Par ailleurs, il estime que la possibilité, pour l'ensemble des organismes, de mettre en place des réseaux professionnels, devrait être sérieusement mise à l'étude, à la triple condition d'améliorer la prise en charge des patients, de garantir la qualité des soins et de préserver la libre participation des professionnels.

• *Garantir l'accès aux soins pour les plus démunis : le cas spécifique des soins optiques, dentaires et d'audioprothèses*

Au fil des ans, de plus en plus d'individus, notamment au sein des catégories sociales les plus modestes, déclarent s'imposer des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux.

Le rapport « *Charges et produits* » de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour 2013 révèle des restes à charge élevés pouvant créer des difficultés d'accès aux soins pour certaines populations et certains types de soins.

Selon une enquête de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), en 2010, 16,2 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Un cinquième des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres seraient reportés. Ces renoncements sont concentrés sur un nombre limité de soins : ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé. Les déclarations relevées lors de l'enquête montrent ainsi que **56 % des renoncements concernent les soins dentaires, 12 % l'optique et 9 % les soins de spécialistes.** À l'inverse, les soins d'omnipraticiens ne concernent qu'un peu moins de 5 % des renoncements.

Outre la problématique des dépassements d'honoraires, actuellement traitée par le gouvernement, on peut notamment évoquer les restes à charge pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) dans l'optique ou les audioprothèses, ainsi que la problématique plus générale de la couverture au-dessus du seuil de la CMUc.

Pour les bénéficiaires de la CMUc, il apparaît que l'accès aux soins optiques n'est pas optimal. Ainsi, les restes à charge sont plus souvent « subis » (54 %) que « choisis » car les bénéficiaires ne sont pas toujours bien informés, et limitent leurs choix d'opticiens. En outre, il semble que les opticiens ne jouent pas toujours leur rôle de conseil pour aider ces clients à réduire leurs restes à charge.

Quant aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), elle ne permet pas une couverture aussi complète que celle offerte aux bénéficiaires de la CMUc : dispense d'avance de frais et tarifs opposables sur l'ensemble du panier de soins, y compris pour les soins dentaires et l'optique.

Pour 2011, 457 000 personnes, affiliées au régime général, ont bénéficié du tiers payant social au titre de l'ACS et ont consommé au moins un soin dont 143 000 des soins dentaires et 69 000 une prestation en optique. Sur la même période, on compte dix fois plus de consommateurs à la CMUc. Particulièrement pour les soins dentaires, le recours aux soins pour les bénéficiaires de l'ACS est nettement moins important que pour les bénéficiaires de la CMUc.

La CNAMTS propose, pour améliorer la prise en charge des soins dentaires pour les bénéficiaires de l'ACS, de mettre en place, comme pour les bénéficiaires de la CMUc, des tarifs plafonds conventionnels, pour les mêmes prestations que celles offertes dans le cadre de la CMUc. Votre rapporteur estime que cette proposition mérite une attention particulière.

2. L'hôpital au service de l'intérêt général des patients

« Refonder le service public hospitalier en redéfinissant ses missions, ses moyens et ses perspectives dans un partenariat renouvelé et organisé entre les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif et en revoyant la répartition des tâches entre l'hôpital et la ville, à l'heure du développement de la médecine hospitalière ambulatoire. Le financement au tarif, le 'tout T2A', ⁽¹⁾ doit laisser place à un financement mixte (T2A, dotation globale, prix de journée) adapté aux différentes activités médicales et non l'inverse » ⁽²⁾.

Ce manifeste, fervent programme en faveur d'un renouveau hospitalier au service de l'intérêt général des patients, initié par des professeurs de médecine, praticiens hospitaliers, chercheurs et économistes de la santé, votre rapporteur le reprend à son compte.

(1) Tarification à l'activité.

(2) Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire » réalisé à l'initiative d'André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru et Olivier Lyon-Caen, septembre 2011, éd. Odile Jacob.

Après plusieurs années de réformes imposées au secteur hospitalier, voire de réformes réalisées contre le secteur hospitalier, niant ses spécificités et ne prenant pas en compte les besoins des patients qui y sont accueillis, il est plus que temps de renouer le dialogue avec les acteurs du secteur public au sens large (établissements publics et privés non lucratifs), de réaffirmer la notion de service public hospitalier et de redonner à l'hôpital les moyens d'assumer ses missions. L'évolution nécessaire de notre système de soins ne se fera pas sans l'hôpital, appelé à jouer un rôle pivot dans l'offre de soins au niveau territorial.

a) Retrouver la notion de service public hospitalier

Comme l'a rappelé Mme Dominique Bertinotti, ministre déléguée à la famille, s'exprimant le 1^{er} octobre devant le Sénat au nom de la ministre des affaires sociales et de la santé, « *l'hôpital public exerce des missions de service public essentielles, lesquelles sont aujourd'hui insuffisamment valorisées. Les méthodes qui lui ont été appliquées ces dernières années ont été injustes financièrement et déstabilisantes pour les personnels* ».

Le gouvernement a ainsi annoncé la réintroduction de la notion de service public hospitalier dans la loi, supprimée par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST ») du 21 juillet 2009, afin de prendre en compte les spécificités des missions et des patients de l'hôpital public. Cette mesure trouvera ses premières traductions concrètes dès le présent projet de loi de financement avec la fin de la convergence tarifaire public-privé.

À l'inverse des méthodes employées ces dernières années, l'appel au renouveau du service public hospitalier ne signifiera pas pour autant une négation du pluralisme de l'offre de soins et un rejet de sa composante privée ; sur un certain nombre de territoires, les établissements publics de santé ne sont en effet pas en mesure d'assumer seuls la prise en charge des patients et des coopérations devront être mises en place au sein des différents secteurs et entre eux afin de proposer une offre de soins en adéquation avec les besoins de la population.

• Tenir compte des spécificités des missions et des patients du secteur public et mettre fin à la convergence intersectorielle

La tarification à l'activité (T2A) a unifié les modes de financement des établissements de santé, mais pas les tarifs servis à tous les établissements, entraînant la mise en place d'un double processus de convergence :

– une **convergence intra-sectorielle** reposant sur un effort d'efficience de la part des établissements d'un même secteur soumis à des règles de fonctionnement identiques. Comme le rappelle le rapport de juillet 2012 de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat ⁽¹⁾, la convergence intra sectorielle, dont le processus s'est achevé en mars 2011, a conduit à des **transferts de recettes** non négligeables

(1) Rapport n° 703, 2011-2012.

entre établissements, parfois compensés, en cas de perte, par une augmentation des ressources non tarifaires (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation, tarifs journaliers de prestations), conduisant pour certains à une **convergence « en trompe l'œil »** ⁽¹⁾ ;

– une **convergence inter-sectorielle** consistant à **rapprocher les deux échelles tarifaires** applicables aux établissements publics et privés **hors écarts de charges justifiés** (c'est-à-dire résultant de différences de périmètre ⁽²⁾, de la réglementation ou dus à la nature des missions ou des obligations imposées aux établissements). Depuis la loi de financement pour 2011, le processus de convergence inter-sectorielle est orienté « *vers les tarifs les plus bas* » ⁽³⁾ ; quant à son terme, il a été fixé à 2018 par la loi de financement pour 2010.

Dans son rapport de septembre 2011 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes estime que la politique tarifaire a été fortement influencée depuis 2005 par les objectifs de convergence intra-sectorielle et inter-sectorielle. Elle souligne notamment que, lorsqu'elles ne sont pas compensées par d'autres sources de financement, les baisses tarifaires induites par ces objectifs ne sont supportables à terme par les établissements de santé « contributeurs nets » dans le processus de convergence que si elles sont accompagnées d'une diminution de leurs coûts de production. Cette diminution des coûts de production s'est bien souvent traduite dans les faits par une réduction des charges de personnels. Cette réforme a donc conduit à une dégradation des conditions de travail des personnels susceptible d'influer négativement sur la qualité des soins.

Les résultats économiques affichés par le processus de convergence paraissent également à relativiser. Si « *l'écart facial tarifaire intersectoriel* » ⁽⁴⁾, mesuré en prenant pour référence l'activité du secteur public, a bien été réduit, passant de 40 % en 2006 à 27 % en 2009, puis 24 % en 2010, une partie de cette évolution est en réalité due aux changements méthodologiques mis en œuvre dans la mesure des coûts ainsi qu'à la sortie des tarifs des charges liées à certaines missions de service public telles la prise en charge des personnes en situation de précarité et à la permanence des soins, transférées sur des MIGAC.

➤ Des questions méthodologiques non résolues

Le processus de convergence intersectorielle a jusqu'à présent consisté à la fois à rapprocher progressivement les tarifs des deux secteurs et à clarifier, par

(1) Rapport de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011.

(2) Par exemple, la rémunération des médecins est incluse dans le tarif des hôpitaux mais pas dans celui des cliniques à but lucratif. Une fois pris en compte ces éléments, la convergence inter sectorielle ne s'apparente pas forcément à une unicité d'échelle et de tarifs mais peut être réalisée tout en maintenant la coexistence de deux échelles tarifaires différentes.

(3) Auparavant, l'objectif était orienté vers les tarifs des établissements privés considérés a priori comme les plus efficaces.

(4) Méthode consistant à valoriser successivement sur une même base d'activité aux tarifs respectifs des deux secteurs, puis à déterminer un tarif moyen pour chacun d'eux et en faire la comparaison.

le biais d'études d'objectivation, les écarts de charges justifiés. En effet, le processus de convergence ne peut s'exercer qu'à champ de charges identiques. Or, **les établissements de chaque secteur ont des activités, des coûts, des missions, des obligations, des statuts et une fiscalité différents.**

La MECSS du Sénat dresse aujourd'hui le constat qu'aucune solution n'a été proposée pour rendre parfaitement comparables les tarifs des établissements, bien que l'élargissement du périmètre de la convergence (en intégrant les honoraires des médecins des établissements anciennement sous objectif quantifié national) soit en principe à l'étude ; elle considère à cet égard que **les différences de grilles tarifaires sont quasi insolubles.**

Comparaison des périmètres de charges couvertes par les tarifs

(T = inclus dans le tarif, HT = hors tarif)

Charges	Secteur public	Secteur privé
Rémunérations des personnels médicaux, y compris les charges sociales	T	HT <i>(honoraires des médecins, exonération des charges sociales en secteur I)</i>
Rémunération des personnels non médicaux	T	T
Fournitures médicales, médicaments et dispositifs médicaux (hors listes)	T	T
Liste en sus médicaments et dispositifs médicaux implantables	HT	HT
Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles	T	HT
Charges logistiques, hôtelières et générales	T	T

Source : Rapport MECSS n° 703, 2011-2012.

➤ **Des différences irréductibles tenant à la nature et à l'intensité des charges supportées par les établissements publics de santé**

Dans le secteur public, les charges de personnel sont fortement contraintes par le statut de la fonction publique : les **salaires** représentent la composante la plus importante des coûts hospitaliers, environ les deux tiers du coût d'un séjour. La densité de personnel est déterminée par le type, la disponibilité et la qualité des soins fournis : par exemple, les soins médicaux et les urgences, deux domaines très majoritairement pris en charge par le secteur public, se caractérisent par des besoins importants en soins infirmiers, beaucoup plus, par exemple, que les activités chirurgicales.

Plusieurs études ont par ailleurs mise en évidence des différences tenant aux **caractéristiques des patients**. Bien qu'aucune étude globale ne permette de

connaître précisément la répartition de la patientèle entre établissements des secteurs public et privé, les travaux de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) semblent néanmoins démontrer que les cas les plus lourds (patients en moyenne plus âgés, plus gravement atteints, hospitalisés plus longtemps) se retrouvent plus souvent pris en charge par le secteur public, alors que le secteur privé se caractérise par des séjours plus courts, pour des opérations chirurgicales ponctuelles et le plus souvent programmées à l'avance. Il résulte ainsi de l'étude publiée par l'institut en 2009⁽¹⁾ que 36 % des patients ont plus de 80 ans dans le secteur public contre 20 % dans le secteur privé. Concernant les séjours, il apparaît que 70 % des chirurgies cardiaques lourdes sont effectuées dans le secteur public, qui ne prend en revanche en charge que 51 % de la chirurgie cardiaque courante. Plus généralement, on constate une moindre dispersion de l'activité des cliniques privées et 80 % de l'activité des établissements privés lucratifs étant concentrée sur 82 groupes homogènes de malades (GHM) contre 155 en moyenne dans le public. La conclusion de l'IRDES est sans appel : *« des stratégies de spécialisation par secteur et par type d'établissement sont donc avérées. Le positionnement du secteur privé est plus axé sur des activités programmées, majoritairement chirurgicales, et correspondant à des prises en charge potentiellement plus homogènes et moins lourdes. L'activité médicale est essentiellement l'apanage du secteur public, en particulier pour quelques segments plus lourds et hétérogènes par nature, pour lesquels le public réalise 90 % de l'activité médicale (hématologie, neurologie, endocrinologie, pneumologie). Il est important de garder ce constat à l'esprit lorsque l'on compare les coûts et les tarifs spécifiques entre les deux secteurs ».*

S'agissant des **missions assignées aux établissements**, les travaux de la MECSS du Sénat concluent que la mise en œuvre de certaines d'entre elles, bien que rémunérées (par exemple les missions d'enseignement et de recherche), entraîne des coûts indirects qui ne sont aujourd'hui pas pris en compte dans le financement des établissements. Enfin, nonobstant les dispositions de la loi « HPST », le service public, et les missions qu'il comporte, reste l'apanage du secteur public, avec les obligations que cela emporte en termes d'accessibilité sociale et géographique (obligation de prise en charge, quelle que soit la situation sociale, obligation de garde, urgences).

➤ Un processus de « convergence ciblée » qui trouve ses limites

Bien que le terme de la convergence ait été repoussé à 2018, des rapprochements ciblés de tarifs ont été mis en œuvre depuis 2010, par le biais de diverses méthodes renouvelées chaque année. Cette démarche semble aujourd'hui trouver ses limites dans la mesure où certains secteurs ayant convergé sont désormais en situation de sous-financement au regard de l'étude effectuée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur l'adéquation entre le financement et les charges.

(1) « Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables », DT n° 25, mai 2009. Cette étude examinait deux facteurs d'accroissement des charges : l'âge des patients et la lourdeur des séjours.

Le rapprochement opéré à travers la convergence ciblée a également pu, dans certains cas, contredire les priorités de santé publique affichées par ailleurs par le Gouvernement. La Cour des comptes cite dans son rapport 2011 le cas de la chirurgie ambulatoire pour laquelle plusieurs groupes homogènes de malades (GHM) ⁽¹⁾ ont vu leur niveau diminuer en 2010 alors même que cette pratique fait l'objet d'une politique tarifaire incitative. Elle indique également que la baisse due à la convergence tarifaire a été principalement supportée par les maternités du secteur public.

La Cour dénonce enfin le caractère de plus en plus artificiel du processus, appelant à une « *réflexion sur le sens à donner à la convergence intersectorielle* ». La Cour considère en effet que seule une approche globale « *tous financeurs* » et « *toutes prestations* » pourrait permettre l'égalisation des conditions de concurrence en imposant de tenir compte de toutes les recettes dont bénéficient les établissements. De même, la Cour estime que le processus d'objectivation des écarts de coûts, visant à identifier les facteurs exogènes aux établissements susceptibles de justifier le maintien d'un écart de tarifs entre secteurs et qui s'est traduit le plus souvent par la rémunération de missions de service public, atteint lui-aussi ses limites. Certains surcoûts apparaissent ainsi comme non maîtrisables, car liés à la nécessité de disposer de capacités excédentaires pour répondre à la volatilité des fréquentations.

Enfin, alors que la convergence ciblée appliquée depuis 2010 s'est traduite pour certains GHM par une convergence totale des tarifs du secteur public sur ceux du secteur privé, cette solution appliquée à tous les secteurs de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) induirait d'après la Cour des comptes une perte de recettes annuelle supérieure à 7 milliards d'euros. La question de la « *soutenabilité* » de l'objectif de convergence intersectorielle est donc clairement posée par la Cour.

Ainsi, en dépit des principes résultant de la loi « HPST », les différences en termes d'activités et de charges existant à l'intérieur de notre système de soins entre les secteurs public et privé n'ont pas été éradiquées par la T2A. Les moyens techniques mis en œuvre depuis la loi de financement pour 2004 pour parvenir à une objectivation complète des coûts et une allocation neutre des ressources des établissements de santé n'ont pas réussi à produire un modèle de financement satisfaisant. Fonder un principe de convergence tarifaire sur la base d'échelles de coûts qui ne sont pas comparables, parce qu'elles ne prennent pas en compte les mêmes éléments, était effectivement un processus plus qu'hasardeux, dangereux. Même si ce processus a en lui-même pu générer des économies pour l'assurance maladie, certains écarts de coûts se réduisant aujourd'hui en moyenne à 15 %, il n'en reste pas moins un processus artificiel.

Mis en œuvre pour des raisons largement idéologiques en dépit de la très grande hétérogénéité des contraintes pesant sur les secteurs public et

(1) Les GHM permettent le codage des actes, permettant d'identifier le tarif correspondant.

privé, le processus de convergence intersectoriel semble devoir aujourd'hui être mis en sommeil pour les mêmes raisons.

- *Renouer un dialogue confiant avec le monde hospitalier*

Comme le souligne l'exposé des motifs de l'article 47 du présent projet de loi de financement, l'application de la convergence a inutilement focalisé l'attention et suscité des crispations au sein du monde hospitalier. La mise en œuvre de cet objectif a en effet fait peser une pression sur les coûts hospitaliers qui s'est souvent traduites par des baisses d'effectifs dans les services. Encore récemment, de grandes figures de la médecine appelaient à rompre avec le « management d'entreprise » qui crée dans les hôpitaux une quête permanente de rentabilité et à mettre la gestion au service des soins et non l'inverse ⁽¹⁾.

« L'hôpital remplit des missions spécifiques et elles sont nombreuses ! L'hôpital forme les professionnels de santé. L'hôpital est au cœur du processus de recherche. L'hôpital porte de nombreuses innovations thérapeutiques. L'hôpital accueille 24h/24h et 7/7. L'hôpital soigne les publics en difficulté, il assure le suivi des pathologies lourdes. Toutes ces missions doivent être pleinement reconnues. La loi HPST avait balayé toutes les dispositions relatives au service public hospitalier, provoquant ainsi dans l'ensemble de la communauté hospitalière le sentiment légitime qu'il y avait là une atteinte sans précédent à l'encontre des valeurs fondatrices du service public » ⁽²⁾.

Une des premières initiatives de la ministre de la santé a donc été logiquement de renouer le dialogue avec le monde hospitalier et d'établir un « pacte de confiance » avec l'hôpital (discours du 7 septembre 2012). Dans cette perspective, elle a confié à M. Edouard Couty, conseiller maître à la Cour des Comptes, ancien directeur des hôpitaux et président de la Fédération hospitalière de France (FHF) Rhône Alpes, la responsabilité d'une concertation autour de trois thématiques :

- le service public hospitalier dans le système de soins (articulation avec la médecine de ville notamment) ;
- le dialogue social à l'hôpital et la gestion des ressources humaines ;
- l'organisation et le fonctionnement internes de l'hôpital (question de la gouvernance).

Le « pacte de confiance » résultera ainsi d'une large consultation auprès des acteurs du monde hospitalier (professionnels, représentants de malades et personnalités qualifiées) qui devra être menée d'ici la fin de l'année, et aboutir à une mise en œuvre dès le début de 2013. La ministre a, en outre, précisé que ce

(1) Appel « Pour des états généraux de la santé », dans « Hôpital, le cri d'alarme », *Le Parisien magazine*, 28/09/2012.

(2) *Discours de la ministre des affaires sociales et de la santé sur le pacte de confiance à l'hôpital*, 7 septembre 2012.

travail serait engagé en étroite articulation avec les thèmes de l'agenda social présenté la ministre de la décentralisation, de la fonction publique et de la réforme de l'État.

Votre rapporteur tient à souligner qu'un des premiers objectifs de la rénovation du dialogue social à l'hôpital est d'avoir un impact positif sur les **conditions de travail** des professionnels. La qualité de vie au travail et la prévention des risques psycho-sociaux liés au stress constituent en effet un enjeu majeur pour les établissements de santé.

La question de la **gouvernance** à l'hôpital devra également être abordée afin de redonner à la communauté médicale toute sa place.

Enfin, un meilleur dialogue social facilitera les transformations et les évolutions qui doivent être mises en place au sein de l'hôpital. Comme l'a dit fort justement Mme Marisol Touraine « *le dialogue social est la condition sine qua non de la réussite de la **conduite du changement*** ». Il s'agit là d'un point crucial car les établissements de santé vont devoir faire face à de nombreux défis en termes de restructurations et de gains d'efficience dans les années à venir : il est donc capital que les réorganisations mises en œuvre soient porteuses de sens pour les personnels concernés et que ceux-ci soient impliqués dans l'évolution de leurs établissements.

Il est à cet égard très intéressant de noter que dans son rapport sur l'évaluation des effets de la T2A sur le management des établissements de santé, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a elle-même pointé du doigt le « *manque de justification de certains tarifs et, en conséquence, les difficultés qui en découlent pour construire un management quotidien ou prospectif des établissements et de leurs personnels* ». Les modalités d'application de la T2A, et en particulier les écarts entre coûts et tarifs continuent de susciter l'incompréhension des personnels hospitaliers. À cet égard, il est clair qu'il n'y aura pas de renouveau du secteur hospitalier sans une remise en cause de l'actuelle tarification à l'activité permettant de refonder le financement des hôpitaux sur des bases plus équitables et plus transparentes.

b) Repenser le financement des établissements de santé

« *Derrière le sigle de la T2A se cache une machinerie complexe et technique qui a fait oublier à nos prédécesseurs une idée élémentaire : l'État définit les grands principes directeurs en matière de santé publique. Il fixe le cap et décide de qui doit être prioritairement pris en charge au regard des impératifs sanitaires. La T2A est non pas une grille statistique, mais un outil au service d'une politique* » ⁽¹⁾.

(1) Allocution de Mme Dominique Bertinotti, ministre déléguée à la famille, s'exprimant le 1^{er} octobre devant le Sénat au nom de la ministre des affaires sociales et de la santé dans le cadre d'un débat sur le financement de l'hôpital faisant suite au rapport de la MECSS de juillet 2012.

• *Tourner la page des effets pervers de la T2A et mettre fin à sa généralisation*

Si le principe de la T2A n'est aujourd'hui plus remis en cause, la part qu'elle a prise et sa mise en œuvre continuent de soulever de graves questions méthodologiques et des interrogations quant à ses effets directs ou indirects sur le système de santé.

➤ **Un instrument opaque et complexe**

– **le recueil et le retraitement des données médico-économiques**

La mise en œuvre de la T2A repose sur la connaissance de deux types de données : les données d'activité, d'une part, et les données relatives aux coûts de production d'autre part. L'évolution des tarifs se déduit en effet de la prévision d'activité pour l'année considérée, une fois pris en compte les facteurs généraux de progression ou de réduction des charges.

S'agissant des données d'activité, elles sont transmises via le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sous forme d'informations quantifiées et standardisées, chaque acte ou diagnostic devant être « codé » selon le « groupe homogène de malades » (GHM) auquel il se rapporte, ce GHM déterminant ensuite le tarif applicable .

L'analyse des coûts des différents séjours dans les établissements médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) (publics comme privés) repose sur une étude de coûts, l'étude nationale des coûts à méthodologie commune, réalisée sur la base d'une exploitation des données de comptabilité analytique transmise par un échantillon d'établissements dont la structure reflète la structure nationale (en termes de taille et de catégorie majeure de diagnostic). Tout en reconnaissant que cette méthode permet d'obtenir des résultats plus proches de la réalité des coûts de production que ne le serait une estimation à dire d'expert portant sur l'ensemble du champ des établissements de santé, la Cour des comptes en souligne néanmoins les limites dans son rapport de septembre 2011 :

- un échantillon d'établissements étroit ;
- un référentiel (la comptabilité analytique hospitalière) appliqué de manière non homogène au sein de l'échantillon ;
- des difficultés à mener les enquêtes statistiques dans le secteur privé.

La Cour constate ainsi des variations parfois heurtées de certains GHM, sans qu'une évolution notable des pratiques thérapeutiques ne puisse l'expliquer : celles-ci reflètent vraisemblablement l'étroitesse de l'échantillon statistique ou l'homogénéité insuffisante des séjours concernés. La MECSS du Sénat souligne également ces points faibles dans son rapport publié le 25 juillet 2012 et interroge la **pertinence de la référence à des coûts moyens** pour certaines pathologies ou

activités peu fréquentes. Plus généralement, la classification médico-économique française s'avère à la fois complexe et changeante, et pose en conséquence un problème de lisibilité et de pilotage aux acteurs hospitaliers.

– l'élaboration de la grille tarifaire

Comme le souligne fort justement le rapport de la Cour des comptes précité, « *alors que les échelles de coût produites par l'ATIH constituent des instruments objectifs de mesure des coûts des séjours hospitaliers, les grilles tarifaires dérivées de ces travaux sont des instruments de politique publique, vecteurs des orientations que le gouvernement souhaite donner aux activités hospitalières et à la maîtrise de la dépense* ». Les étapes de la construction tarifaire ont donc pour effet de **distordre significativement le lien entre coûts et tarifs**, suscitant souvent l'incompréhension du monde hospitalier. Depuis l'entrée en vigueur de la T2A, plusieurs procédures différentes ont été successivement utilisées pour passer des coûts aux tarifs de facturation de manière à prendre en compte la contrainte de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), les priorités de santé publique et les objectifs de lissage visant à limiter les gains ou les pertes de recettes sur certaines activités ainsi que les variations tarifaires subies par les établissements de santé.

S'il n'apparaît pas illégitime dans le cadre d'un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses de santé de déconnecter coûts et tarifs en prenant en compte d'autres critères ⁽¹⁾, le processus d'élaboration de la grille tarifaire manque de transparence et de lisibilité pour les acteurs du système de santé. La Cour souligne à cet égard qu'il serait souhaitable d'éclairer davantage les gestionnaires hospitaliers sur la manière dont le référentiel de coût est répercuté ou non dans les tarifs lors de chaque campagne.

Pour le Sénat, c'est **l'absence de mise en place de réels outils de pilotage de l'activité qui conduit à une régulation des dépenses par les tarifs plus que par les volumes**, à un niveau macroéconomique sans prise en compte de l'activité de chaque établissement : dans ce contexte, les tarifs ne peuvent que s'éloigner des coûts réels. Ainsi, lorsque les besoins augmentent, notamment en raison du vieillissement de la population et du développement des pathologies chroniques entraînant une croissance en volume des actes, les tarifs ne peuvent être, au mieux, que stabilisés et sont souvent réduits pour pouvoir « tenir l'enveloppe ».

➤ Des effets pervers sur le système de santé

Comme le souligne le rapport de la MECSS du Sénat de juillet 2012, si la conception et les modalités d'application de la T2A ne sont pas neutres, celle-ci reste avant tout un instrument de répartition des ressources entre établissements de santé. Il est par ailleurs difficile d'isoler les effets propres de la T2A sur les

(1) Une étude récente de la DREES souligne pour sa part que l'utilisation des tarifs à des fins d'incitation est complexe et moins lisible pour les acteurs que des mesures d'ordre réglementaire ou organisationnel.

évolutions en cours, et ce d'autant plus qu'elle s'est déployée en France dans un contexte de moindre progression de l'ONDAM et alors que les établissements voyaient leurs charges financières s'accroître du fait de la relance de l'investissement hospitalier. Le mode de tarification semble néanmoins interférer dans un certain nombre d'évolutions observées ces dernières années.

– une contribution limitée à la maîtrise de la dépense

La Cour des comptes rappelle, dans son rapport de septembre 2011, que le modèle économique qui sous-tend la T2A repose sur l'idée que la révélation par la contrainte tarifaire du manque d'efficacité de certaines structures aura pour conséquence la suppression de certaines activités ou la diminution de leurs coûts de production. La Cour constate néanmoins que **le mécanisme de la T2A peine à lui seul à contenir la progression des dépenses hospitalières**, comme le démontre l'existence d'ajustements des grilles tarifaires ou le non dégel des dotations MIGAC mis en réserve afin de limiter la progression des dépenses hospitalières en cours d'année.

La question de la régulation du volume des actes et de l'introduction d'instruments d'encadrement quantitatif de l'activité en complément de la T2A est clairement posée par la Cour des comptes qui suggère la mise en place de certains tarifs dégressifs lorsque l'activité dépasse certains seuils fixés contractuellement aux établissements afin de contrer l'effet potentiellement inflationniste de la T2A tout en assurant un « juste recours » à certains actes et séjours hospitaliers.

La MECSS sénatoriale considère pour sa part que, même si les établissements se fixent des objectifs d'augmentation de leur activité, celle-ci conditionnant leurs financements, cette augmentation continue de résulter essentiellement de facteurs objectifs tels le vieillissement de la population ou le développement de certaines pathologies. Les pratiques visant à tirer le bénéfice maximal de la tarification, comme le séquençage des séjours, ne semblent pas non plus être extrêmement répandues, mais ces questions ne paraissent très bien documentées. La direction générale de l'organisation des soins (DGOS) estimerait néanmoins que la T2A tend à « *développer l'activité au-delà du médicalement nécessaire sur un territoire donné* » : elle aurait en effet constaté des écarts très importants et inexplicables de niveau de prise en charge sur certaines activités d'un territoire à l'autre. C'est pourquoi la Haute Autorité de santé (HAS) a été chargée d'élaborer des référentiels pour celles de ces activités qui font l'objet des évolutions les plus anormales et des variations régionales les plus surprenantes. Une vingtaine d'actes et de séjours hospitaliers doivent ainsi faire l'objet de recommandations de bonne pratique sur les années 2012-2013.

– des conséquences indésirables sur l’organisation des soins et le fonctionnement des établissements de santé

** un risque de désincitation à la qualité et à la coopération*

En encourageant le développement de l’activité et de l’optimisation des soins, la T2A présenterait le risque de conduire les acteurs hospitaliers à rechercher le meilleur rapport coûts/tarifs au détriment, le cas échéant, de la qualité des soins ⁽¹⁾.

Cette stratégie de « maximisation des recettes » est également susceptible produire des effets pervers pour l’organisation du système de santé dans son ensemble. Elle peut notamment se révéler contraire au développement des coopérations hospitalières : comme le constate la Cour des comptes dans son rapport de 2011 « *la logique coopérative se heurte souvent à la logique concurrentielle inhérente à la tarification à l’activité* ». Qu’il s’agisse d’une entente visant à spécialiser des établissements sur certains types d’actes ou d’une mise à disposition de temps médical d’un établissement à un autre, ces différents modes de coopération font encourir aux parties prenantes le risque d’une perte de recettes résultant de l’abandon ou de la réduction de certaines de leurs activités.

** une spirale déficitaire*

S’agissant de la situation financière des établissements de santé, comme indiqué précédemment, il est difficile de démêler ce qui relève du mode de tarification, de l’évolution de l’ONDAM ou des décisions d’investissement prises par les établissements, deux constats néanmoins s’imposent :

– l’introduction de la T2A a entraîné une **importante redistribution des ressources entre établissements**. Sur la période 2005-2011, la DGOS évalue cet effet redistributif à 140 millions d’euros dans le secteur privé lucratif et 1,3 milliard d’euros dans les secteurs public et privé non lucratif ;

– si cette redistribution a pu répondre à un souci d’équité en remédiant à des inégalités historiques, elle a aussi révélé et accentué des handicaps propres à certains établissements sur lesquels ceux-ci n’ont que peu de prise. Ainsi, les **établissements situés dans des zones à faible densité de population** sont-ils **peu susceptibles de parvenir à développer leur activité** : en leur appliquant des tarifs établis sur la base d’une hausse prévisionnelle d’activité, on provoque inévitablement une érosion de leurs ressources les entraînant sur une pente déficitaire. Il en va de même des **établissements confrontés à des problèmes de démographie médicale**. Le rapport de la MECSS du Sénat met en évidence le fait que « *ces fortes disparités de situation sont tout à fait indépendantes de l’efficience des établissements. Elles sont le plus souvent inhérentes à la nécessité non contestée d’assurer un accès aux soins sur des territoires aux caractéristiques*

(1) La MECSS du Sénat constate toutefois qu’aucune étude n’a été menée en France sur ces questions, notre pays accusant un retard important en termes d’indicateurs de qualité et de sécurité.

démographiques et économiques moins favorables que la moyenne. Non seulement elles semblent mal prises en compte par l'actuel mode de financement, mais celui-ci a plutôt tendance à les accentuer ».

*** une croissance des charges administratives**

Enfin, l'introduction de la T2A n'a pas été sans conséquence sur le fonctionnement des établissements et la charge de travail des équipes médicales. Le codage des actes a, en effet, entraîné un surcroît de travail administratif qui ne s'est en outre pas accompagné d'un plan de développement des systèmes d'information ou d'un renforcement de la capacité des établissements de santé en matière d'information médicale. Le codage des actes reste en outre source de contentieux avec la sécurité sociale et les agences régionales de santé, les procédures de contrôle et de sanctions étant apparemment toujours très mal vécues par les personnels. Enfin, l'ensemble des acteurs hospitaliers s'accordent à considérer que la réforme a contribué à réduire le temps médical et à mettre le personnel sous pression.

Au regard de ce bilan, une remise à plat du financement des établissements de santé s'impose, nécessitant de repenser les modalités de la T2A. En termes de chantiers prioritaires, un travail d'amélioration de l'enquête nationale des coûts ⁽¹⁾ apparaît indispensable ainsi qu'un travail d'accroissement de la prévisibilité et de la neutralité des tarifs.

Il apparaît également urgent de faire une **pause dans l'extension de la T2A** à de nouveaux secteurs. La MECSS du Sénat recommande notamment à ce titre de suspendre le passage à la T2A pour les ex-hôpitaux locaux (échéance prévue le 1^{er} mars 2013), proposition aujourd'hui reprise à l'article 49 du présent projet de loi financement.

Votre rapporteur approuve pleinement cette orientation dans la mesure où ces hôpitaux, qui jouent le rôle de premier recours sur de nombreux territoires, sont généralement des hôpitaux de petite taille situés en milieu rural, dotés de faibles moyens techniques et humains qui, comme le souligne le Sénat, n'auraient pas la capacité d'absorber le « choc » d'un passage à la T2A en raison de l'impossibilité pour eux d'augmenter leur volume d'actes. En revanche, dans la mesure où ils assurent un service public de proximité dans les bassins de population où ils sont implantés (notamment en gériatrie), leur mode de financement doit être repensé dans le cadre d'une réflexion plus large sur le financement du service public hospitalier.

(1) *Qui suppose de poursuivre le développement de la comptabilité analytique dans les établissements de santé, d'élargir l'échantillon de l'échelle nationale des coûts et peut-être, à terme, de passer du calcul du coût moyen constaté à un coût de référence établi à partir d'un panel d'établissements les plus performants.*

● *Définir des modalités de financement plus justes et plus durables*

Pour la mission conjointe de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'évolution de l'ONDAM ⁽¹⁾, la T2A doit permettre de concilier au mieux plusieurs objectifs :

- une allocation optimale des ressources à l'activité des établissements,
- un principe d'équité dans la répartition des moyens entre établissements,
- une maîtrise globale des dépenses d'assurance maladie,
- une structuration de l'offre de soins.

Force est de constater qu'aujourd'hui ces objectifs ne sont pas remplis.

Conformément aux recommandations de la MECSS du Sénat, il conviendrait tout d'abord que soient exclues de la T2A ou financées, en sus de la T2A, par le biais de dotations minimales représentatives des coûts fixes, certaines activités, qui sont bien souvent l'apanage des hôpitaux publics et qui sont peu ou pas rémunérées dans le cadre actuel de la tarification à l'activité :

– les activités soumises à des normes réglementaires fixant des seuils d'encadrement des patients afin de répondre à des exigences de qualité et de sécurité (urgences, chirurgie spécialisée, traitement du cancer, obstétrique),

– les activités non standardisables (réanimation, soins intensifs, surveillance continue),

– les activités où les actes techniques sont minoritaires mais le temps médical important (soins palliatifs, maladies chroniques, *etc*),

– ainsi que les activités nécessaires, pour des raisons sanitaires, dans un bassin de population isolé ou peu dense.

Cette réforme de la T2A, qui suppose également une clarification des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC) ainsi qu'une remise à plat de leurs modalités de financement, devra faire émerger de nouvelles formes de régulation permettant en particulier :

– de favoriser la coopération en dégageant des ressources spécifiques permettant de rémunérer ces projets de coopération ou de coordination des soins (mise en place de tarifications au parcours) ;

– de rémunérer les activités essentielles à l'offre de soins sur un territoire mais insuffisamment rémunératrices en elles-mêmes en raison de contraintes externes (isolement géographique, problèmes de démographie médicale) ;

(1) Mission IGF IGAS « Proposition pour la maîtrise de l'ONDAM 2013 – 2017, juin 2012.

– d’accroître la pertinence des actes et de favoriser la qualité des soins.

Reprenant à son compte une grande partie des orientations dégagées par la MECSS du Sénat, le Gouvernement a d’ores et déjà annoncé l’instauration de plus de transparence dans l’élaboration des mécanismes financiers et dans la répartition des ressources entre établissements. Ainsi que l’a annoncé Mme Bertinotti devant le Sénat le 1^{er} octobre, une « opération ‘transparence et qualité’ » sera lancée dans le cadre de l’élaboration de la prochaine campagne tarifaire sous l’égide du conseil de l’hospitalisation. « *L’objectif est d’associer l’ensemble des acteurs du monde hospitalier aux grands axes de la campagne tarifaire 2013, de l’élaboration des tarifs à la répartition des crédits* ».

Une instance de concertation ouverte aux acteurs du monde hospitalier, sera en outre mise en place, toujours sous l’égide du **conseil de l’hospitalisation**, pour coordonner la réforme de la T2A, et ce dès janvier 2013. Ce chantier partenarial de réforme de la T2A se traduira par un ensemble de propositions qui permettront de modifier le système de financement actuel. L’objectif fixé est clairement d’aller dans le sens d’une plus juste répartition des crédits en faveur des établissements assumant les prises en charge les plus lourdes. Un autre objectif est le renforcement des mécanismes incitant à la qualité, à l’efficacité, à la pertinence et à l’adéquation des actes.

Dans cette perspective, le Gouvernement veillera à améliorer les procédures liées au recueil et à l’analyse des coûts et à définir des mécanismes permettant une plus grande visibilité sur les tarifs, ainsi qu’une plus grande stabilité pluriannuelle. Un travail d’objectivation des mécanismes d’attribution des dotations hors tarifs (MIGAC) sera également mené. Enfin, un mécanisme permettant de moduler les tarifs et d’éviter que les gels ne pèsent que sur les dotations hors tarifs, qui handicapent uniquement le secteur public, sera mis à l’étude.

3. Une organisation des soins construite autour du parcours du patient

Au moment où notre système de santé fait face à un nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques et de pathologies liées à l’âge, optimiser l’articulation entre les soins ambulatoires et hospitaliers et, au-delà, entre les prises en charge du secteur sanitaire et du secteur social et médico-social, doit constituer une priorité de santé publique.

a) Promouvoir les parcours de soins

Comme le rappelle le Haut Conseil pour l’avenir de l’assurance maladie (HCAAM) dans son avis du 22 mars 2012⁽¹⁾, le premier défi auquel doit désormais faire face notre système de soins est la prise en compte des maladies

(1) « *Avenir de l’assurance maladie : les options du HCAAM* ».

chroniques et des maladies dues au vieillissement de la population, qui s'accompagnent généralement d'un phénomène de poly-pathologies. Alors que ces maladies nécessitent une prise en charge globale faisant intervenir de manière ponctuelle ou répétée un grand nombre d'intervenants (professionnels libéraux, équipes hospitalières, services d'hospitalisation à domicile, de soins ou d'aide à domicile, auxiliaires de vie, *etc*), l'efficacité et la qualité des soins ne peuvent pas se mesurer individuellement, pour chaque intervention, mais bien sur l'ensemble du « parcours de soins » du patient.

La mise en œuvre de ces parcours de soins qui, pour le Haut Conseil, doivent d'ailleurs évoluer vers de véritables parcours de santé, se heurte fondamentalement au cloisonnement des secteurs de prise en charge et aux différents financements en « tuyaux d'orgue » de l'assurance maladie. La question de la coordination entre les secteurs sanitaires, mais aussi entre ces secteurs et le secteur médico-social et, plus largement, les structures d'accompagnement social apparaît donc désormais comme cruciale.

Ces enjeux de coordination sont particulièrement prégnants dans le cas des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie, cas qui a été précisément étudié par le Haut Conseil, mais se retrouvent également chez les personnes souffrant de troubles psychiques ou celles atteintes d'un cancer altérant durablement leur autonomie et leur vie sociale.

Enfin, si la mise en œuvre de parcours apparaît aujourd'hui comme un impératif du point de vue du soin, elle ne l'est pas moins du point de vue financier. Les affections de longue durée (ALD) représentent en effet une part très importante (65 %) de l'ensemble des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et concentrent l'essentiel de leur croissance actuelle. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) estime en effet que d'ici à 2015, la croissance des dépenses d'ALD représentera plus de 80 % de la hausse tendancielle des dépenses totales, principalement pour les dépenses de médicaments et d'hospitalisation. Si ces coûts reflètent à la fois la lourdeur et la complexité des cas traités ainsi que l'augmentation du nombre de patients, ils contiennent aussi une part d'interventions inadéquates de la part des différents professionnels de santé « *mal réparties entre eux, trop précoces ou trop tardives, incomplètes ou inutilement lourdes. Ces défauts de coordination sont autant de facteurs de non-qualité qui sont en même temps des coûts évitables pour l'assurance maladie* »⁽¹⁾. Le Haut Conseil a ainsi estimé à plusieurs milliards d'euros l'ordre de grandeur financier des effets d'une mauvaise prise en charge du parcours de soins des personnes âgées dépendantes sur la seule dépense hospitalière.

En conclusion, ce sont bien autour des parcours de santé que se situe aujourd'hui le gisement le plus important d'efficacité de notre système de santé.

(1) Avis du HCAAM du 22 mars 2012.

De nombreux obstacles doivent néanmoins être levés avant que la notion de parcours ne soit opérationnelle :

– la promotion d’une médecine de parcours nécessitera en premier lieu de **renforcer les dimensions pluridisciplinaires et pluri-professionnelles du travail soignant** et d’intégrer la fonction de coordination au sein même du soin, ce qui est encore loin d’être le cas aujourd’hui ;

– cette coopération accrue entre professionnels devra elle-même s’accompagner du **développement d’outils sécurisés d’échange et d’utilisation partagée des données cliniques et sociales des patients**. Là encore, nous sommes loin de disposer de systèmes d’information permettant de répondre à cet objectif. Nous reviendrons ultérieurement sur cet aspect qui recoupe les enjeux du déploiement du dossier médical personnel (DMP) et de l’e-santé ;

– l’assurance maladie devra également faire évoluer ses **modalités de tarification pour inciter au travail collectif** des acteurs du système de santé. Aujourd’hui la tarification des actes ne s’attache qu’à leur rémunération prise isolément, oblitérant le contexte dans lequel ces actes interviennent. Or une somme d’actes mis bout à bout, même justifiés individuellement, ne fait pas un parcours de soins adéquat.

– enfin, dans la mesure où il traite des phases aiguës de prise en charge et où, en conséquence, tous les parcours convergent potentiellement, à un moment ou à un autre, vers lui ⁽¹⁾, il convient de **repenser la place de l’hôpital** dans notre système de soins. En revanche, l’hôpital n’a pas vocation à un être « *un lieu vers lequel convergerait par défaut tout ce qui n’a pas trouvé ailleurs de réponse organisée* » ⁽²⁾. L’engorgement des urgences et l’accueil en leur sein de personnes âgées « en rupture d’accompagnement » mais ne présentant pas une aggravation de leur état de santé, témoigne pour l’heure du contraire. Le travail à accomplir, aussi bien sur l’amont et l’aval de l’hôpital que sur son organisation interne, pour parvenir à calibrer des séjours hospitaliers prodiguant le juste soin au juste coût, est devant nous.

b) Placer la qualité au cœur de la préoccupation des soignants

Cette recherche de la meilleure prise en charge possible des patients tout au long de leur « parcours de santé » doit s’inscrire dans le cadre d’une réflexion renouvelée sur la qualité des soins. Alors que le principe du paiement à l’acte pour les professionnels libéraux et de la tarification à l’activité pour les établissements de santé ont, de par leur conception même, des effets inflationnistes sur le volume des soins et des prescriptions, effets qu’une politique tarifaire ne saurait à elle seule réguler ou alors de manière indistincte et donc injuste ⁽³⁾, il convient de

(1) Le HCAAM illustre cette situation par une métaphore « physiologique », soulignant que l’hôpital agit comme un « cœur » dans le système.

(2) Avis du HCAAM du 22 mars 2012.

(3) Régulation des volumes par les prix.

réintroduire des critères de qualité et de pertinence des soins dans notre système de santé.

Dans le secteur ambulatoire, la prise de conscience de l'inadaptation du paiement à l'acte à la prise en charge de certains patients, et tout particulièrement des personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques, qui nécessitent un suivi plus régulier et approfondi, date de plusieurs années. Ce constat convergeant avec la volonté de promouvoir l'exercice regroupé et interprofessionnel, notamment dans les zones sous-dotées, ainsi que le développement des activités de prévention et d'éducation à la santé, des actions ont été engagées visant à expérimenter de **nouveaux modes de rémunération** des professionnels de santé « *complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant* ». Des financements ont été dégagés dans ce cadre afin de rémunérer au sein de certaines structures (maisons de santé, pôles de santé, centres de santé) la coordination interne (entre les professionnels de la structure) et externe (avec les autres acteurs du parcours de soins), l'éducation thérapeutique ou encore la coopération (délégation d'actes ou d'activités).

Depuis 2009, la CNAMTS s'est également engagée dans le développement de dispositifs de « **rémunération à la performance** » : elle a ainsi conçu le contrat d'amélioration des pratiques (CAPI), instrument destiné à accompagner les médecins libéraux dans leur démarche d'amélioration de la qualité des soins introduisant pour la première fois en France une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique et de pratique médicale⁽¹⁾. Deux ans après son introduction, près de 16 000 médecins traitants libéraux ont signé un tel contrat selon la CNAMTS, soit plus d'un médecin éligible sur trois. Le rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2011 précise que, fin juin 2010, plus de 70 % des médecins signataires ont perçu une prime au terme de la première année de mise en œuvre du contrat tout en soulignant il est encore trop tôt pour mesurer l'efficacité de la mesure au regard du coût engendré. La nouvelle convention médicale a toutefois généralisé dès pour 2012 la rémunération à la performance pour tous les médecins libéraux⁽²⁾.

La réflexion sur la pertinence des actes progresse également du côté des établissements de santé, en lien avec la littérature produite sur les effets potentiellement inflationnistes de la T2A (multiplication d'un certain nombre d'actes plus rentables que d'autres, optimisation des tarifs par le fractionnement des séjours, etc). À cet égard, si, dans son rapport de mars 2012 consacré à l'évaluation des effets de la T2A sur le management des établissements de santé, l'Inspection générale des affaires sociales se veut rassurante, elle considère néanmoins que certains éléments méritent d'être étudiés de plus près⁽³⁾, le

(1) Cette rémunération s'ajoute à la rémunération à l'acte.

(2) Son champ d'application dépasse désormais celui du CAPI et s'étend à des objectifs relatifs à la gestion administrative du cabinet médical.

(3) La CNAMTS évoque ainsi l'augmentation du nombre d'actes codés de niveau 4 de sévérité alors même qu'aucune augmentation concomitante des soins intensifs et de réanimation n'est observée. Une évolution très importante des consultations externes est également observée.

contrôle de la pertinence des actes devant constituer le pendant indispensable de la T2A. Des enquêtes précises doivent ainsi être lancées, adossées à des recommandations de bonnes pratiques afin d'éviter un recours excessif aux soins et assurer l'allocation des ressources vers les soins appropriés. Au-delà d'une amélioration des pratiques, une réflexion est en cours sur la **modulation du financement** des établissements en fonction de critères de qualité. Une expérimentation sera ainsi prochainement lancée visant à tester un nouvel outil permettant de mesurer la qualité des prises en charge et à indexer le financement des établissements sur le « score » qu'ils obtiennent sur une échelle « qualité » mesurée en nombre de points par indicateurs (voir encadré ci-après).

Expérimentation de la prise en compte de la qualité dans le financement des établissements de santé

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont lancé le 10 juillet dernier un appel à candidatures auprès des établissements de santé pour expérimenter de septembre 2012 à juin 2014 un mécanisme de prise en compte de la qualité dans leur financement reposant sur une **modulation en fonction d'un score calculé à partir d'indicateurs de qualité**.

Cette expérimentation repose sur des travaux menés en lien avec les fédérations hospitalières, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS).

Le projet, baptisé « incitation financière à l'amélioration de la qualité » (Ifaq), prévoit, aux termes de l'appel à candidatures, « *une expérimentation dont les objectifs sont de vérifier le caractère incitatif et la faisabilité du modèle, d'en contrôler le (ou les) impact(s) et de favoriser l'appropriation de cette démarche par les acteurs* ». L'incitation financière sera strictement positive, il n'y aura aucune pénalité pour les établissements participant, quel que soit leur « score » final. Cette incitation sera versée aux établissements expérimentateurs par le biais d'une mission d'intérêt général (MIG) spécifique.

L'appel à candidatures s'adresse aux établissements de santé certifiés ayant une autorisation de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) : un échantillon représentatif de 100 à 200 établissements publics et privés sera ainsi constitué, avec au moins un établissement de santé par région.

Le mécanisme expérimenté est fondé sur les indicateurs généralisés de mesure de la qualité et de la sécurité des soins inscrits dans la démarche de certification des établissements de santé, en l'occurrence :

- le dossier patient (tenue du dossier, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, tenue du dossier anesthésique),
- la réunion de concertation pluridisciplinaire
- et le score agrégé du tableau de bord sur les infections nosocomiales.

Le modèle tient également compte des pratiques exigibles prioritaires prévues dans le cadre de la certification : évaluation de la politique et de l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles, de la gestion des événements indésirables, du système de gestion des plaintes et réclamations, de la prise en charge et des droits

des patients en fin de vie, de l'accès du patient à son dossier, de l'identification du patient, de la prise en charge des urgences et des soins non programmés.

Le modèle devra également évaluer le degré d'informatisation et de structuration du dossier du patient « afin de permettre une extraction automatique des données collectées dans le cadre des recueils des indicateurs qualité nationaux ». Un cahier des charges sera élaboré avec des

experts et en cohérence avec les objectifs poursuivis dans le cadre du programme « Hôpital numérique ».

La qualité sera évaluée dans un premier temps sur une échelle de points par indicateur, en prenant en compte le résultat (« excellence ») et son évolution (« effort »). Les scores obtenus pour chaque indicateur seront ensuite agrégés pour obtenir un « score établissement » qui permettra de classer les établissements.

c) Se doter d'outils informatiques performants et communicants

Les systèmes d'information sont aujourd'hui un levier essentiel du pilotage de la transformation de l'organisation des soins. Ils sont en effet une condition de la réussite :

– d'une part, des réformes engagées pour mieux réguler les dépenses (suivi par les agences régionales de santé), mieux assurer l'accès de tous les citoyens aux soins (organisation des soins de premier recours, continuité des soins) et mieux organiser la prise en charge des patients (parcours de soins) ;

– et, d'autre part, de la mise place des nouvelles organisations, en particulier celles liées au développement de l'e-santé et des systèmes d'échanges et de partage des données médicales (dossier médical personnel, télémedecine), sans lesquels il ne pourra y avoir d'évolution rapide vers des organisations coopératives et des pratiques médicales collaboratives.

D'importants efforts restent cependant à fournir pour disposer d'outils performants, au service des patients.

• *La nécessaire mise à niveau des systèmes d'information hospitaliers*

Dans les établissements de santé, les systèmes d'information ont longtemps été limités à une fonction de gestion administrative des patients et de gestion de la tarification, les investissements en la matière demeurant limités. Ainsi, en 2010, les dépenses informatiques des établissements de santé étaient de l'ordre de 1,8 % de leurs dépenses totales ⁽¹⁾. Si la mise en œuvre de la T2A a impliqué entre 2004 et 2009 une adaptation importante des systèmes d'information hospitaliers, afin de prendre en compte les nombreux impacts de ce nouveau mode de financement, ceux-ci restent néanmoins aujourd'hui très hétérogènes, tant dans leur conception et dans leur degré de perfectionnement.

(1) Soit un total de 647,5 millions d'euros pour les 546 établissements étudiés par la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Le niveau des dépenses informatiques au sein des établissements engendre ainsi un **décalage entre le niveau d’informatisation des établissements de santé** (faible couverture fonctionnelle, vétusté du parc informatique) **et les projets d’optimisation et de transformation de l’offre de soins**, pour lesquels il est devenu indispensable de disposer d’un système d’information fiable. Plusieurs réformes techniques en cours plaident par ailleurs en faveur d’un saut qualitatif des systèmes d’information (projet de dématérialisation des flux comptables de la direction générale des finances publiques, projet de fiabilisation des comptes, projet de facturation individuelle des établissements de santé). Or le constat dressé aujourd’hui par la direction générale de l’organisation des soins (DGOS) est peu flatteur ⁽¹⁾ :

– les réussites locales ou sectorielles ne font que peu, voire pas du tout, l’objet d’une capitalisation au profit de la « communauté hospitalière » ;

– l’informatisation des processus transversaux de soins (dossier patient électronique, prescription, diffusion et stockage de l’imagerie médicale, messagerie sécurisée...) progresse lentement ;

– face à une demande des établissements hétérogène et peu mutualisée, l’offre industrielle apparaît elle-même globalement peu mature et trop souvent spécifique ;

– enfin, la politique d’informatisation fait rarement partie intégrante de la stratégie des établissements.

Le développement et la modernisation de ces systèmes d’information constituent donc un enjeu majeur. Afin d’y répondre, la DGOS a lancé en novembre 2011 le **programme « Hôpital numérique »**, plan stratégique de développement et de modernisation pour la période 2012-2016. Parmi les quatre axes de ce plan ⁽²⁾, un axe est dédié à l’offre de solutions : il comprend à la fois une homogénéisation de la demande des établissements de santé (*via* la mise à disposition de cahiers des charges type et la définition de référentiels communs) et une homologation des solutions visant à aider les établissements dans le choix de systèmes d’information adaptés. Enfin, la mise en œuvre de ce plan devrait s’accompagner de la fixation d’un objectif de 3 % des dépenses totales des établissements consacrés aux systèmes d’information, comme cela est préconisé par exemple par la Fédération hospitalière de France.

(1) Programme « Hôpital numérique », politique nationale relative aux systèmes d’information hospitaliers (mai 2012).

(2) 1) combler les manques de gouvernance des systèmes d’information et favoriser l’implication dans les SI des professionnels de santé et cadres dirigeants ; 2) renforcer les compétences relatives aux systèmes d’information ; 3) stimuler et structurer l’offre de solutions ; 4) subordonner le financement d’un socle de priorités à l’atteinte de cibles d’usage.

- *La question du dossier médical personnel*

Le dossier médical personnel (DMP) a été créé par la loi du 13 août 2004, complétée par la loi « HPST » *pour « favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gage d'un bon niveau de santé ».*

C'est un dossier informatisé, sécurisé et facultatif proposé aux bénéficiaires de l'assurance maladie (sans lien avec le remboursement des soins). Il est créé avec le consentement de la personne préalablement informée, est accessible directement à son titulaire et aux professionnels de santé autorisés par lui et authentifiés (par carte CPS). Le DMP est créé chez un professionnel de santé en cabinet libéral ou dans un établissement de santé. Le patient peut demander sa fermeture et sa destruction.

Le DMP devait contenir des documents et données jugées utiles à la coordination des soins par les professionnels de santé : comptes-rendus d'hospitalisation et d'examen (imagerie notamment), synthèses, biologie, traitements, informations de prévention, certificats/déclarations. Le patient peut ajouter des documents « d'expression personnelle » et peut masquer les données qu'il ne veut pas rendre visibles.

Le DMP a connu une phase de conception et de concertation entre 2004 et 2008, sous la responsabilité du groupement d'intérêt public DMP, qui a connu des difficultés pour atteindre un consensus. Le projet a fait l'objet d'une **décision ministérielle de relance en 2009**, prévoyant une révision de sa conception, puis sa construction et sa mise en œuvre sous la responsabilité de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP), créée fin 2009. L'autorisation de la Commission nationale Informatique et libertés (CNIL) pour son déploiement sur l'ensemble du territoire a été obtenue le 2 décembre 2010.

L'ouverture nationale du service est enfin intervenue en janvier 2011, soit huit ans après son lancement. L'accès direct des patients à leur dossier *via* Internet est disponible depuis avril 2011.

En réalité, seuls 200 000 DMP ont été créés à ce jour : 60 % en établissements de santé et 40 % par des médecins libéraux. Pour la plupart, les DMP ont été créés dans les quatre régions pilotes bénéficiant d'un soutien de l'ASIP dans le cadre du programme « Amorçage » (Alsace, Aquitaine, Franche-Comté et Picardie), mais il peut être créé et consulté sur l'ensemble du territoire. Aujourd'hui, une dizaine de régions supplémentaires doivent déployer le DMP avec le soutien de l'ASIP.

Il ressort au final que le déploiement du DMP est quantitativement et surtout qualitativement insatisfaisant, en l'absence d'un développement significatif des usages.

Il a souffert d'une absence totale de portage politique, à son lancement, puis à nouveau, à compter de 2011. A titre d'illustration, le décret qui devait

déterminer le contenu et les conditions d'utilisation du DMP n'était pas encore paru mi-2012.

De plus, il apparaît clairement que l'insuffisance de pilotage stratégique et de coordination entre l'État, l'assurance maladie et l'ASIP, en charge du portage opérationnel du projet, n'a pas permis l'alignement du projet avec les objectifs d'organisation des soins et de santé publique.

S'y ajoute un manque d'adhésion des médecins, qui ne perçoivent pas clairement sa fonction et son utilité pour leur pratique, cette situation résultant elle-même probablement d'un manque d'association des professionnels à sa conception.

Aux yeux de nombreux acteurs, il est synonyme de gaspillages, de « centralisme informatique » et d'échec collectif. Certes, seul un audit complet et indépendant permettrait une photographie précise. Mais d'ores et déjà, des décisions politiques et stratégiques sont urgentes.

Au total, ce sont non moins de 210 millions d'euros qui ont été dépensés en pure perte depuis 2004, dont le quart environ en expérimentations vite abandonnées entre 2004 et 2011, et alors même qu'au moment du déploiement du dispositif en 2010, on observe un ralentissement des dépenses dédiées au DMP par l'ASIP. Il faut y ajouter le coût d'autres télé-services devant converger vers le DMP, comme le dossier pharmaceutique ou le dossier communicant cancer, mais aussi celui de la mise en place de systèmes informatiques de dossiers de patients hospitaliers, qui, fin 2011, dépassait le demi-milliard, essentiellement à la charge de l'assurance maladie.

Sans remettre en cause l'intérêt de disposer d'un instrument de partage de l'information médicale au service de la coordination des soins et du parcours de santé du patient, il n'en est pas **moins nécessaire de relancer une stratégie qui conjugue un pilotage raisonné et un déploiement confronté aux expériences du terrain.**

Les difficultés de mise en œuvre appellent un véritable recadrage du projet.

Votre rapporteur estime nécessaire, avant toute prise de décision en faveur de la reconduction du DMP, de réaliser un rapport d'audit au plus vite, évaluant son caractère opérationnel et la pertinence de sa gestion par l'ASIP.

Si, aux vues de résultats de cet audit, les pouvoirs publics décident de poursuivre le projet, il est impératif :

– d'en préciser les objectifs et la fonction **en concertation avec les représentants des professionnels et des patients, et en impliquant pleinement la CNAMTS** ;

- d'intégrer au plus vite le dossier pharmaceutique au DMP ;
- de mettre au point une messagerie sécurisée pour les professionnels ainsi qu'un répertoire des professionnels de santé ;
- de garantir sa compatibilité avec le système d'information hospitalier.

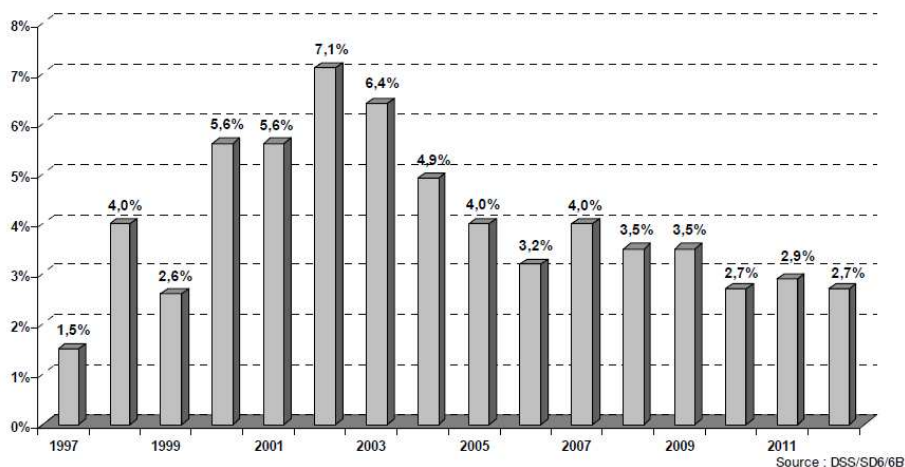
B. DES EFFORTS COURAGEUX ET ASSUMÉS DE MAÎTRISE DES DÉPENSES POUR DÉGAGER LES MOYENS FINANCIERS D'UN SOUTIEN À LA NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ

1. La situation financière de l'assurance maladie reste préoccupante

Selon le rapport de juin 2012 de la mission confiée à l'Inspection générale des affaires sociales et à l'Inspection générale des finances ⁽¹⁾, l'ONDAM continue de progresser plus vite que le PIB (+ 3 % contre + 1,7 % en 2011). Sa progression spontanée, hors de toute mesure d'économie, s'est établie à 4,4 % par an entre 2007 et 2012 : selon les calculs réalisés par la mission, elle s'établira encore autour de 4 % par an entre 2012 et 2017.

Certes, comme le montre le schéma présenté ci-dessous, l'effort de maîtrise de la dépense d'assurance maladie a contribué au redressement des comptes de l'assurance maladie entre 2004 et 2008 : le solde de la branche maladie du régime général est passé de -11,8 milliards d'euros en 2004 à -4,4 milliards d'euros en 2008.

Evolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM



(1) Rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF, « Propositions pour la maîtrise de l'ondam 2013-2017 », juin 2012.

Cependant, en 2011, le déficit du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteignent 20,8 milliards d'euros.

Pendant dix ans, les déficits de nos comptes sociaux ont menacé la pérennité de notre protection sociale. Le cumul des déficits de la sécurité sociale – régime général et FSV compris, a atteint 160 milliards d'euros de 2002 à 2012.

Comme l'énonce parfaitement le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de mars 2012, **la gestion à l'équilibre des recettes et des dépenses de l'assurance maladie est certes une question de bonne gestion, mais c'est aussi une question de sens de notre projet commun de solidarité : ce sont les bien-portants d'aujourd'hui qui doivent être solidaires des malades d'aujourd'hui.**

Pour le Haut Conseil, un déficit récurrent de l'assurance maladie n'est pas soutenable. La gestion à l'équilibre, sans endettement, de nos budgets d'assurance maladie est une exigence qui découle des principes mêmes qui fondent notre solidarité face à la maladie.

C'est pourquoi, cette législature doit permettre de faire des choix pour l'avenir du financement de la protection sociale. Sans attendre, la reprise en main des comptes sociaux est nécessaire. Ainsi, des efforts courageux de maîtrise des dépenses doivent être accomplis pour financer le système de santé de demain, sans faire porter l'effort sur les patients.

À ce titre, une progression de l'ONDAM limitée entre 2,5 % et 3 % par an suppose de réaliser un effort d'économies de 2 à 2,8 milliards chaque année.

Le projet de loi de financement pour 2013 initie cet effort. Le déficit de l'assurance maladie sera ainsi ramené à 5 milliards d'euros en 2013. En recette, il est prévu un effort de 3,4 milliards d'euros. En dépenses, ce sont 2,4 milliards d'euros d'économies qui seront réalisées, sans qu'aucun effort ne soit exigé de nos concitoyens dans ce contexte de crise.

Mais il faut aller plus loin pour assurer la pérennité de notre système de protection sociale. Pour la mission d'inspection précitée, un tel effort implique *a minima* la poursuite de ce qui a été engagé au cours des cinq dernières années. Pour soutenir cet effort tout en préservant, voire en améliorant, la qualité et l'équité de l'accès aux soins, la mise en œuvre de mesures structurelles concernant l'ensemble du système de santé sera indispensable en vue d'obtenir :

– des soins pertinents et adéquats (renforcement des efforts de maîtrise médicalisée, meilleure articulation des professionnels de santé) ;

– une facturation à l'assurance maladie des prestations de santé aux meilleurs prix possibles (restructurations, gains d'efficience, baisses de prix sur les produits de santé) ;

– des évolutions du périmètre de la dépense de santé prise en charge par l'assurance maladie (révision du panier de biens et services remboursables, développement du rôle des complémentaires dans la gestion du risque) ;

– une gouvernance clarifiée des politiques de santé (interconnexion des systèmes d'information, politique de prévention, politique de qualité, formation des professionnels).

2. Soins de ville : mieux soigner, au meilleur prix, grâce à des mutations en profondeur

Depuis 2007, les mesures d'économies réalisées sur l'ONDAM soins de ville ont généré 80 % des économies totales affichées. Surtout, les mesures d'économies réalisées ont porté majoritairement sur la régulation des prix des produits de santé, des baisses ciblées de prix sur les tarifs de biologie et de radiologie et des modifications du périmètre de la prise en charge des patients (ticket modérateur et franchises principalement).

Votre rapporteur estime que **si la politique tarifaire doit être poursuivie, notamment pour les produits de santé et certaines professions ou gisent encore des gains de productivité, les économies de demain seront le fruit d'une mutation en profondeur de notre système de santé, appuyé sur la coordination des soins et un changement de culture médicale, fondée d'avantage sur l'accompagnement, la prévention que la prescription systématique.**

a) Les baisses de tarifs et la maîtrise médicalisée doivent s'appuyer sur un dialogue approfondi avec les professionnels de santé

• *Les baisses de tarifs doivent être menées en dialogue avec les professionnels*

Certaines baisses de tarifs peuvent être poursuivies de manière progressive en touchant équitablement tous les professionnels de santé.

Les baisses de tarifs doit concerner d'abord les spécialités techniques. Leurs tarifs seraient alignés sur les tarifs cibles de la CNAMTS lorsqu'ils sont fixés à un niveau supérieur. Par ailleurs, une refonte de l'échelle des coûts doit être engagée, prenant en compte l'évolution de la pratique de tous les professionnels.

Cependant, il ne s'agit pas de pratiquer des coupes financières sans concertations avec les professionnels et au détriment de l'offre de soins et de leur qualité. Il faut donc parvenir, par la concertation, à des efforts équitablement répartis.

Particulièrement, la baisse du prix des actes de radiologie et de biologie, mais également la réduction du nombre d'offices devront prendre

en compte la répartition territoriale des professionnels et les besoins de la population.

- *Des marges de manœuvre existent en termes de maîtrise médicalisée*

La maîtrise médicalisée, notion apparue pour la première fois en 1993 dans le cadre de la loi dite « Teulade »⁽¹⁾, vise à optimiser les pratiques médicales à travers notamment l'amélioration de la qualité des soins et le respect des bonnes pratiques professionnelles.

Ces actions sont mises en œuvre par le biais de l'élaboration de référentiels par la Haute Autorité de santé et d'actions d'accompagnement individualisée des professionnels de santé, menées par les délégués de l'assurance maladie et les praticiens conseil. Les objectifs à atteindre sont intégrés dans les conventions passées entre l'assurance maladie et les syndicats de professionnels de santé, ce qui contribue à la bonne acceptation du dispositif. Les objectifs portent notamment sur la prescription dans le répertoire (statines, inhibiteurs de la pompe à protons, antibiotiques), l'adéquation des prescriptions d'arrêts de travail ou encore l'adéquation du nombre de séances de masso-kinésithérapie aux pathologies du patient.

Depuis 2007, six mesures notables de maîtrise médicalisée des dépenses ont été prises dans le cadre des lois de financement : la mise en place du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), la régulation des dépenses de produits de santé des établissements de santé financées en sus, la régulation des prescriptions hospitalières remboursées sur l'enveloppe soins de ville de transports et de médicaments, l'instauration de référentiels pour les actes en série, l'extension de la mise sous accord préalable.

Les programmes ainsi déployés par l'assurance maladie depuis plusieurs années ont eu des résultats non négligeables. On peut par exemple citer le taux de pénétration des génériques qui se situait le 31 décembre 2011 à 76,3 %⁽²⁾ ou la consommation d'antibiotiques qui a baissé d'environ 16 % au cours des dix dernières années⁽³⁾. L'avenant 6 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, approuvé par l'arrêté du 4 mai 2012 fait ainsi état de près de 1,4 milliard d'euros d'économies pour l'année 2010 au titre de la pénétration des génériques.

Cependant des marges de manœuvres importantes restent à explorer, compte tenu des gains qui peuvent être générés par de telles réformes.

Le rapport d'inspection de l'IGAS et de l'IGF précité prône la mise en œuvre d'objectifs médicalisés de prescription portant sur leur volume et à

(1) Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 (dite loi « Teulade ») relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

(2) Avenant 6 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques.

(3) Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France, Afssaps, juin 2011.

leur pertinence, afin de limiter la surconsommation médicamenteuse. Il s'agirait d'objectifs annuels indicatifs puis, à terme, plus contraignants, fixés par chaque médecin libéral ou groupe de professionnels de manière concertée avec la caisse primaire d'assurance maladie. Ces objectifs tiendraient notamment compte de la taille de la patientèle. Ils pourraient s'imposer aussi bien aux généralistes qu'aux spécialistes et, à terme, porter sur les prescriptions de biologie, d'arrêts de travail, de transports, de soins d'auxiliaires paramédicaux. La mission estime qu'une économie de 1,5 milliard d'euros pourrait ainsi être générée.

Il convient de rappeler que si les médecins ne sont pas soumis à la réalisation d'objectifs médicalisés, ils restent soumis aux visites des délégués de l'assurance maladie qui relayent les recommandations de bonnes pratiques et les dispositifs conventionnels, plus particulièrement ceux portant sur le médicament.

Il serait cependant illusoire de vouloir développer les parcours de soins, maîtriser les prescriptions, et passer d'une médecine curative à une médecine de suivi personnalisé des patients, sans redéfinir le rôle des médecins, surtout des généralistes, auprès des patients, et leur rémunération.

- *La redéfinition du rôle des généralistes*

Les médecins généralistes sont aujourd'hui rémunérés quasi exclusivement à l'acte. La rémunération au forfait existe de manière minoritaire à travers le forfait pour les patients en affection longue durée.

Par ailleurs, depuis 2008, le ministère de la santé a mis en place des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération (NMR) pour une durée de cinq ans. Il s'agit de trouver à terme une mixité des formes de paiement à l'acte et au forfait. Dans ce cadre, le forfait pour l'activité coordonnée et le forfait pour les maladies chroniques sont expérimentés.

Enfin, la convention médicale signée le 26 juillet 2011 entre les syndicats de médecins et la CNAMTS introduit une rémunération sur objectifs de santé publique. Les objectifs concernent l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale. Ils sont au nombre de 26 et chaque critère permet d'acquérir des points. Le point ayant une valeur de 7 euros et le nombre de points maximum étant de 1 300, la prime octroyée peut s'élever jusqu'à 9 120 euros par an. En 2010, plus de 70 % des 16 000 signataires avaient perçu une prime qui s'élevait en moyenne à 3 000 euros, ce qui a représenté un coût de 28 millions d'euros pour l'assurance maladie. Cependant cela représentait qu'une part très faible de la rémunération totale des médecins, en moyenne la prime représentait 1 % des honoraires totaux.

Votre rapporteur plaide pour une revalorisation de la rémunération des professionnels de premier recours, en la rééquilibrant au profit des rémunérations forfaitaires, en fonction d'objectifs de santé publique.

b) D'une médecine curative à une médecine préventive : comment préparer les mutations du XXI^{ème} siècle ?

● *La France dispose de nombreux outils de prévention, mais le manque de coordination du secteur, l'absence d'évaluation des politiques menées et le manque de grandes orientations politiques nuisent à son efficacité*

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, en 2011, 5,8 milliards d'euros ont été consacrés à la prévention institutionnelle. L'État et les collectivités territoriales ont financé 59 % de ces dépenses, la sécurité sociale 16 % et le secteur privé (médecine du travail et prévention des accidents du travail) 25 %.

L'État définit les grands axes de la politique publique de prévention. L'assurance maladie participe à leur mise en œuvre, via la CNAMTS et au moyen du financement du Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), doté de 507 millions d'euros en 2012.

Parmi les réalisations majeures menées par la CNAMTS et financées *via* ce fonds en 2012, on peut citer les actions de dépistages des cancers (90,5 millions d'euros), ou encore la prévention bucco-dentaire (53 millions d'euros). Le poste de dépense le plus lourd est le financement des centres d'examen de santé (155 millions d'euros).

Le manque de coordination entre les acteurs est l'un des principaux défauts de la politique de prévention. La Cour des comptes a pointé récemment des redondances entre les différents programmes ⁽¹⁾.

L'exemple des actions de vaccination est à ce titre éloquent. Financées à hauteur de 24,5 millions d'euros par le FNPEIS en 2012, elles sont peu coordonnées sur l'ensemble du territoire, la dispersion des acteurs en charge de la politique vaccinale étant très importante. Cette situation entraîne des **problèmes importants pour mesurer le taux de couverture vaccinale**.

➤ *La prévention constitue un enjeu financier et sanitaire qui doit être enfin pris au sérieux*

Certes, les dépenses de prévention sont difficiles à évaluer, car elles recouvrent aussi bien les actions de prévention collectives (vaccins, contraception), les actions ciblées sur certaines populations (lutte contre l'obésité ou les pratiques à risque), des mesures de santé publique (interdiction de fumer dans les lieux publics), ou aussi bien des soins (suivi des maladies chroniques). Il est aussi vrai que la promotion de la santé vise en premier lieu l'allongement de la vie en bonne santé et que les économies qu'elle peut générer n'en sont qu'un effet secondaire.

(1) La prévention sanitaire, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée, Cour des comptes, octobre 2011.

Mais la prévention doit enfin dépasser l'incantation et être prise au sérieux. En effet, de nombreuses études montrent que le coût pour la société de la non-prévention est considérable. Une étude française chiffre le coût social du tabac dans notre pays à 10 milliards d'euros ⁽¹⁾. Le coût induit par l'alcool sur l'économie est évalué entre 2 et 5 % du PIB. Enfin, les coûts directs liés à l'obésité et de la fraction attribuable des maladies qui l'accompagnent sont estimés entre 2 et 8 % des dépenses globales de santé dans les pays occidentaux.

Par ailleurs le coût de la non-prévention n'est pas réparti de façon homogène au sein de la population. Des études de l'Institut national de prévention et d'éducation (INPES) pour la santé montrent que les populations socialement les plus défavorisées sont aussi les plus vulnérables face à certaines pathologies. Ainsi **la prévention est un enjeu majeur de réduction des inégalités de santé dans notre pays.**

➤ *Mieux s'organiser, définir des professionnels référents et se donner des priorités dans l'action*

Il est possible de mener dès maintenant une politique de prévention ambitieuse, pour cela, il convient de :

– **améliorer le suivi par le Parlement de l'usage des crédits alloués à la prévention.** Ainsi, la mise en place d'une évaluation annuelle à méthodologie constante de l'effort financier total fait pour la prévention permettrait de clarifier les modes de financement et les actions respectives de chaque acteur. De même, une définition claire des règles d'imputation budgétaire des crédits alloués pour chaque action permettrait d'améliorer l'information du Parlement, comme cela a été recommandé par la Cour des comptes en octobre 2011 ⁽²⁾;

– **remédier à la cohabitation d'une multitude d'acteurs et le manque de coordination qui nuisent à l'efficacité des politiques de prévention.**

La prévention dans les territoires relève en effet de la compétence des agences régionales de santé et est assurée en collaboration avec l'assurance maladie. Le code de la sécurité sociale prévoit que l'agence régionale élabore chaque année un schéma régional de prévention (SRP) qui est intégré au projet régional de santé (PRS). Un comité de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile dont l'assurance maladie est membre de droit assiste les agences dans ce travail. **Renforcer le rôle de pilotage des agences régionales pourrait donc constituer une voie d'harmonisation possible qui limiterait les nombreuses politiques de prévention verticales.**

(1) Blanchard et Kopp, 2003.

(2) Proposition n° 2, La prévention sanitaire, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée, Cour des comptes, octobre 2011.

Par ailleurs, il convient de multiplier les actions conjointes des différents acteurs de la prévention. Le programme d'éducation thérapeutique « *Tensioforme* » lancé au printemps 2011 et qui concerne actuellement plus de 600 patients a ainsi été élaboré par huit mutuelles, l'assurance maladie et l'agence régionale de santé d'Ile-de-France. Une généralisation du dispositif pourrait intervenir en 2013. Ce type d'initiative doit être encouragé ;

– **les professionnels de santé de premier recours ont vocation à jouer un rôle majeur dans la prévention et le suivi au long court des patients. La médecine libérale, dans le cadre des consultations, a le potentiel pour jouer un rôle de premier plan dans la prévention.** Cependant cela représentait qu'une part très faible de la rémunération totale des médecins, en moyenne la prime représentait 1 % des honoraires totaux.

Les pharmaciens sont également concernés par ce processus. Les principes de la diversification des modes de rémunération, notamment en fonction d'objectifs de santé publique (dépistage, prévention des risques iatrogènes suivi des patients atteints de maladies chroniques) et du développement des actions de prévention ont été posés dans la nouvelle convention signée le 4 avril 2012. Les modalités concrètes de mise en place doivent être précisées dans de futurs avenants ;

– **impliquer davantage les patients dans les politiques de prévention, par des mécanismes de responsabilisation est également un moyen d'amélioration.** Un programme de la convention d'objectifs et de gestion 2010-2013 de la CNAMTS prévoit ainsi d'« *aider les assurés à mieux gérer leur santé* ». Cette plus grande implication de la population permettra également de rendre plus efficace les actions traditionnelles, une campagne de vaccination n'étant par exemple considérée comme utile que lorsque 80 % de la population y participe. L'éducation thérapeutique du patient menée par la Haute Autorité de santé s'inscrit également dans cette optique ;

– **agir sur les déterminants sociaux** qui orientent les comportements des individus vers les choix favorables à la santé permet également aux populations d'assurer un meilleur contrôle de leur propre santé. Cette action sur l'environnement passe en outre par des actions réglementaires ou fiscales, **la fiscalité comportementale qui a déjà fait ses preuves en matière d'impact sur la santé** ⁽¹⁾ peut représenter un moyen d'action efficace ;

– **développer les interventions aux plus près des lieux de vie des individus en mobilisant les mondes professionnels et éducatifs**, en appliquant un principe de subsidiarité afin de déterminer les actions relevant du niveau national et celles relevant du niveau local participe à une meilleure prévention. Dans cette optique il convient de **renforcer les liens entre le milieu éducatif et les acteurs de la prévention**. L'Institut national de prévention et d'éducation pour

(1) Voir notamment La prévention sanitaire, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée, Cour des comptes, octobre 2011.

la santé (INPES), qui est financé à hauteur de 58,7 millions d'euros par le FNPEIS en 2012, a engagé un partenariat avec la direction générale de l'enseignement scolaire par la signature d'un accord cadre en 2010 qui prévoit des actions communes pour développer la santé en milieu scolaire et universitaire. Le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) de l'Assemblée nationale ⁽¹⁾ a par ailleurs proposé la création d'un **comité d'experts en santé publique chargé de conseiller le Parlement et le Gouvernement** sur les modalités de la politique de santé en direction des enfants et des adolescents et d'organes décisionnaires de pilotage de la médecine scolaire au sein du ministère de l'éducation nationale. **La mise en place d'observatoires d'épidémiologie par les agences régionales de santé** pour mesurer la santé à l'école était également proposée. Concernant l'attractivité de la médecine scolaire, le comité a proposé l'instauration d'un **statut commun à tous les personnels médicaux de la fonction publique** afin d'harmoniser la médecine préventive et de clarifier les situations.

Le lieu de travail constitue également un niveau privilégié pour la prévention. La médecine du travail, prend en charge les actions de prévention, conformément à l'obligation de santé et sécurité des salariés incombant à l'employeur ;

– enfin, il convient de définir clairement des **priorités nationales déclinées sur le territoire par des actions plus ciblées** en direction des publics les plus défavorisés, tant il est vrai qu'aujourd'hui les bénéficiaires de la prévention sont aussi ceux qui ont déjà accès à l'information et aux soins.

3. La nécessaire maîtrise des charges des établissements publics de santé

Faire davantage de qualité à des coûts compatibles avec l'état de nos finances publiques suppose non seulement de suivre attentivement la situation financière des hôpitaux, mais également de continuer à dégager des marges d'efficacité au sein de ces établissements. Les économies à réaliser devront toutefois être réalisées en concertation avec les représentants des fédérations et des personnels concernés, et non pas imposées de manière arbitraire, comme cela a été trop souvent le cas par le passé. En effet, l'expérience montre que lorsque les restructurations ne sont pas le fruit d'un diagnostic et d'un projet partagés suscitant l'adhésion des acteurs de terrain appelés à les mettre en œuvre, celles-ci sont généralement vouées à l'échec.

a) Une situation financière toujours difficile

Le système de santé en France souffre depuis de nombreuses années d'un déficit structurel très important des hôpitaux publics. Or la pérennisation

(1) M. G. Gaudron et Mme M. Pinville, Rapport d'information déposé par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire, *Assemblée nationale, XIII^e législature, 17 novembre 2011.*

financière de ce système, et du haut niveau de protection de la santé dont bénéficie la population, passe nécessairement par la garantie de la soutenabilité financière de ces établissements. D'après les comptes nationaux de la santé 2011 établis par la DREES, la situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise avec un déficit d'environ 230 millions d'euros, représentant 0,4 % des produits. Cette **stabilisation** fait suite à une phase de réduction de ce déficit qui était à son maximum en 2007 (près de 500 millions d'euros). Ainsi, comme le souligne l'annexe 7 du présent projet de loi de financement, le déficit cumulé des hôpitaux publics s'est amélioré entre 2009 et 2010, passant de – 676 millions d'euros à – 567 millions d'euros. Cette relative stabilité cache néanmoins des **disparités suivant les différentes catégories d'établissements** : ainsi, la situation des centres hospitaliers régionaux (hors l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris) s'améliore, alors que les centres hospitaliers de taille moyenne enregistrent une dégradation de leur résultat comptable. Le nombre d'hôpitaux déficitaires augmente.

Pour 2011, la Fédération hospitalière de France a également relevé, au travers d'une enquête menée auprès de 567 établissements représentant 89 % de la masse financière des hôpitaux, une relative stabilité de la situation financière des établissements par rapport à 2010, à l'exception notable des petits centres hospitaliers qui voient le poids de leur déficit augmenter. Elle constate toutefois que si 45 % de ces hôpitaux sont en déficit, ce déficit se concentre à 80 % sur 51 établissements seulement. Plus globalement, parmi les établissements répondants, plus de la moitié du déficit provient des centres hospitaliers universitaires (CHU) (58 %), puis des établissements ayant un budget de plus de 70 millions d'euros (20 %) et enfin de ceux ayant un budget compris entre 20 et 70 millions d'euros (16 %). Ainsi, sur l'échantillon, 68 % des CHU sont en déficit, 58 % des hôpitaux moyens, 52 % des grands hôpitaux, 47 % des petits hôpitaux (budget de moins de 20 millions d'euros), 31 % des hôpitaux spécialisés et 21 % des hôpitaux locaux. A noter également que le poids du déficit est particulièrement important pour les petits hôpitaux (3,57 % de leur budget), ceux de taille moyenne (1,92 %) et les CHU (1,69 %). Au final, si le montant global du déficit, en valeur absolue, est stable, la fédération observe que son poids sur l'ensemble des budgets a diminué de 4 %, alors que le nombre d'établissements déficitaires a augmenté de 16 %.

Toujours d'après la Fédération hospitalière de France, le besoin non couvert de financement de court terme des établissements de santé et des établissements médico-sociaux s'élèverait à 1,3 milliard d'euros. Quant au besoin non couvert pour le financement des investissements, il atteindrait 2 milliards d'euros ⁽¹⁾.

(1) Communiqué de la Fédération hospitalière de France du 20 juillet 2012.

Point sur la situation des cliniques privées

En 2010, le chiffre d'affaires des cliniques privées augmente de 3,1 %, soit une croissance légèrement moins dynamique qu'en 2009 (+ 3,9 %). Leur rentabilité économique moyenne est estimée en 2010 à 1,7 % de leur chiffre d'affaires, en légère baisse par rapport à 2009 et 2008 (2,1 %), et significativement plus faible que le maximum constaté en 2005 (3,1 %).

La situation économique des cliniques privées, satisfaisante en moyenne, présente une grande hétérogénéité : plus d'un quart d'entre elles subissent des pertes alors qu'une sur dix affiche une rentabilité supérieure à 11,4 %. La rentabilité économique moyenne des cliniques du secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) est deux fois plus élevée (2,9 %), malgré une baisse de 0,9 point en 2010.

Source : DREES, Comptes nationaux de la santé 2011.

• La mise en place d'une veille sur la trésorerie des établissements

En juillet dernier, 40 millions d'euros supplémentaires ont dû être versés par les agences régionales de santé de Martinique, de Corse et de Lorraine à des hôpitaux pour pallier leurs problèmes de trésorerie et leur permettre de faire face à leurs charges de fonctionnement. L'essentiel de ce montant (30,6 millions d'euros) est allé au CHU de Fort-de-France et aux hôpitaux de La Trinité et du Lamentin ; il s'additionne aux 20 millions d'euros déjà alloués au printemps aux trois établissements pour les aider à surmonter leurs difficultés de trésorerie et à payer les salaires ou leurs emprunts bancaires. Fin 2011, le déficit du CHU de Fort-de-France, additionné à celui de l'hôpital de La Trinité et de l'hôpital Mangot Vulcin – Le Lamentin, les trois établissements devant fusionner, s'élevait à 84 millions d'euros au compte de résultat principal, soit plus de 21 % du total des recettes, et leur déficit cumulé atteignait les 260 millions d'euros.

Les difficultés du CHU de Fort-de-France à rembourser ses emprunts lui ont d'ailleurs valu d'être cité par l'agence de notation *Moody's* dans un communiqué publié le 20 juillet dans lequel l'agence annonce sa décision de revoir à la baisse la note accordée à deux émissions obligataires réalisées en 2009 par des centres hospitaliers régionaux ⁽¹⁾ et en 2010 par des centres hospitaliers régionaux et quelques centres hospitaliers ⁽²⁾. *Moody's* a en outre placé ces établissements sous « surveillance négative », ce qui signifie la possibilité de dégrader à nouveau les notes de leurs émissions obligataires dans les trois mois ⁽³⁾. Il est intéressant de noter que dans son communiqué, l'agence juge que la performance financière de certains établissements a été affectée par l'application de la tarification à l'activité (T2A), tout en reconnaissant que la pression aigüe sur les trésoreries s'est également exacerbée avec le retrait de *Dexia* pour les crédits court terme et l'absence actuelle d'alternative pour les établissements hospitaliers.

(1) Émission effectuée en 2009 pour un montant de 270 millions d'euros, ayant associé 23 CHU et un CHR. *Moody's* a abaissé sa note de AAA à Baa1.

(2) Datant de 2010 pour un montant de 167 millions d'euros, cette seconde émission a associé 23 établissements dont 18 CHRU ; pour cette opération, la note de *Moody's* est passée de AAA à A1.

(3) Dans son communiqué, l'agence évoque la « détérioration de la situation financière de certains hôpitaux », en particulier celle du CHU de Fort-de-France, qui a participé à la première émission.

On ne peut toutefois que regretter, comme l'a d'ailleurs fait la ministre de la santé dans son discours sur le pacte de confiance à l'hôpital, que *Moody's* n'ait pas été plus attentive à l'engagement des pouvoirs publics en faveur de l'hôpital public, matérialisé notamment par la fixation du taux de progression de l'ONDAM à 2,7 %.

Plusieurs mesures ont par ailleurs été prises afin de réguler les flux de nouveaux emprunts, maîtriser l'endettement des établissements et renforcer la supervision des pouvoirs publics. Le décret du 14 décembre 2011 relatif aux **limites et réserves du recours à l'emprunt** pour les établissements publics de santé, modifié par le décret du 7 mai 2012 et complété par l'arrêté du 7 mai 2012 et la circulaire du 9 mai 2012, est ainsi intervenu afin d'encadrer le recours à l'emprunt pour les établissements présentant une situation financière déjà très dégradée et limiter la possibilité de souscrire des emprunts risqués pour tous les établissements. Ce décret prévoit ainsi une limitation des possibilités de souscrire certains types d'emprunts et de recourir à des produits dérivés, sauf lorsque la souscription du nouvel emprunt a pour effet de réduire le risque de contrats d'emprunt ou de contrats financiers souscrits antérieurement. En outre, le recours à l'emprunt, pour certains hôpitaux, est désormais subordonné à un régime d'autorisation expresse du directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la direction régionale des finances publiques ⁽¹⁾.

Un suivi des 30 établissements de santé présentant des indicateurs financiers particulièrement dégradés est en outre effectué par le comité de suivi des établissements à risques financiers qui examinent les contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) signés par les agences régionales. La mise en œuvre de ces contrats bénéficie de missions d'appui-conseil ou d'administration provisoire de l'IGAS dans les établissements concernés. Un dispositif d'accompagnement sur la gestion active de la dette a également été mis en place depuis le début de l'année 2012, avec une attention portée sur les emprunts structurés, qui porte désormais ses fruits.

La direction générale de l'organisation des soins (DGOS) a enfin annoncé que ce dispositif serait complété par « *la mise en place d'une veille active sur les situations de trésorerie les plus tendues* » : les établissements rencontrant les plus graves difficultés financières seront ainsi désormais suivis par un **comité de la performance, de la qualité et de l'innovation rassemblant les ministères de la santé et de l'économie**. Les cinq établissements confrontés en juillet à l'impossibilité de payer les salaires de leurs agents devraient être les premiers à bénéficier de ce dispositif. Parallèlement, une mesure d'urgence visant à soulager la trésorerie des établissements a été prise en août, permettant d'avancer le versement des dotations mensuelles de l'assurance maladie au vingtième jour du mois au lieu

(1) L'arrêté du 7 mai 2012 définit les modalités de calcul des trois critères utilisés pour évaluer la situation financière d'un établissement (taux d'indépendance financière, durée apparente de la dette, ratio dette/produits). Le régime d'approbation expresse et le type d'emprunt autorisé sont précisés dans la circulaire du 9 mai 2012.

du vingt-cinquième⁽¹⁾. Le ministère a également indiqué qu'il veillait à ce que des solutions de financement, à court et moyen termes, soient mises en place pour les établissements de santé, ces derniers pouvant en outre bénéficier des différentes enveloppes de la Caisse des dépôts et consignations, sur fonds d'épargne destiné au financement des investissements. Le 4 octobre dernier, le groupe Banque populaire – Caisse d'épargne (BPCE) a ainsi annoncé « mettre à disposition » des collectivités locales et du secteur public hospitalier des solutions de financement pour un montant d'1 milliard d'euros, venant en complément de ses engagements initiaux en faveur du secteur public de 4 milliards d'euros pour 2012.

• *Une nouvelle politique d'investissement à définir*

Comme le souligne la mission conjointe de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'évolution de l'ONDAM, le taux d'endettement des établissements publics de santé n'a cessé de croître, passant de 38 % en 2004 à 54 % en 2010 : or, cette évolution s'explique en grande partie par les **dépenses d'investissement engagées dans le cadre des plans de soutien à l'investissement hospitalier**. Les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », s'ils ont bien relancé les investissements, ont également relancé le taux d'endettement et les charges financières des établissements, en raison d'un mode de financement constitué principalement par de l'aide au remboursement d'emprunts. Pour la mission conjointe, les incertitudes concernant la rentabilité de ces investissements, ainsi que les conditions des emprunts contractés, fragilisent fortement la soutenabilité de ce niveau d'endettement.

La capacité d'investissement des établissements publics de santé

D'après la DREES, l'effort d'investissement des hôpitaux publics continue d'être soutenu, en dépit d'un certain ralentissement. En 2010, la part des dépenses d'investissement au sein des produits est ainsi passée de 11,3 % à 10,5 %.

La capacité d'autofinancement des établissements, après avoir progressé de près d'un milliard d'euros entre 2006 et 2009, se maintient en 2010 à hauteur de 4 milliards d'euros⁽²⁾. Celle-ci ne permet toutefois pas aux établissements de faire face aux investissements engagés. Ceux-ci sont donc aussi financés via l'endettement et, parallèlement à la croissance de l'investissement, le taux d'endettement augmente, l'encours de la dette des hôpitaux atteignant 24,1 milliards d'euros en 2010.

De manière plus structurelle, la mission IGAS sur l'évaluation des effets de la T2A sur le management des établissements de santé souligne que depuis l'instauration de celle-ci, la capacité d'investissement de santé est fortement contrainte par la dégradation de leur situation financière des établissements mais également par les incertitudes qui pèsent sur la construction tarifaire et les incitations financières qui en découlent. La mission juge indispensable de clarifier la politique d'investissement dans le système de la T2A.

(1) Arrêté du 18 août 2012 modifiant l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Capacité des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation.

Le constat de certaines lacunes, voire d'un certain laxisme, dans le contrôle des dépenses d'investissement public a été dressé sans ambiguïté : manque de transversalité dans l'examen des critères et de l'opportunité des investissements, absence d'évaluation indépendante et non-hiérarchisation des projets se conjuguent pour aboutir parfois à des décisions aberrantes.

Le secteur hospitalier n'est pas exempt d'exemples de ce type et la mise en œuvre des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » a eu son lot de projets mal calibrés, se trouvant au final obsolètes ou disproportionnés au regard de l'évolution des besoins de la population. Même dans le cadre des partenariats public privé (PPP) pour lesquels une évaluation est prévue ⁽¹⁾, les procédures actuelles apparaissent insuffisantes pour assurer un choix rationnel et soutenable. Le centre hospitalier Sud-Francilien (Évry-Corbeil) n'est pas le seul exemple en la matière, mais constitue un cas d'école. Le personnel médical et non médical de l'établissement a d'ailleurs demandé, au travers du vote de deux motions fin septembre, une sortie « *au plus vite* » du contrat de partenariat public-privé. Les médecins constatent « *quotidiennement les difficultés, surcoûts et retards majeurs entraînés par le bail de maintenance du bâtiment* » et déplorent l'augmentation du coût du loyer, qui a augmenté de plus de 25 % ⁽²⁾. Les syndicats du personnel non médical dénoncent pour leur part de multiples dysfonctionnements associés à des délais de maintenance et des procédures très lourdes. Le nouvel établissement serait en outre aujourd'hui sous-occupé. D'après le directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, l'établissement n'aurait ouvert que 10 blocs sur les 21 construits, cela suffisant à ses besoins. « *Mon problème, c'est de voir comment on remplit ces 'cathédrales' (...) mon objectif, c'est d'optimiser les outils qui existent* » aurait d'ailleurs précisé M. Claude Évin à propos des investissements dans des hôpitaux surdimensionnés lancés ces dernières années ⁽³⁾, citant des décisions prises récemment concernant l'arrêt du projet de centre hospitalier intercommunal de Poissy/Saint-Germain et la remise en cause du projet de centre hospitalier de Montereau.

Pour répondre à ces défaillances, l'article 16 du projet de loi de programmation pour les finances publiques pour la période 2013-2017 instaure une **procédure d'évaluation socio-économique préalable systématique pour tous les projets d'investissements** civils dont le financement est assuré en tout ou partie par l'État, ses établissements publics, les établissements publics de santé ou les structures de coopération sanitaire. Cette évaluation, menée par la personne en charge de l'investissement, serait elle-même soumise à contre-expertise par une autorité indépendante (Commissariat général à l'investissement, service d'inspection de l'État) si le montant et la partie du financement public dans le

(1) Le rapport n° 246 de M. Christian Eckert sur le projet de loi de programmation des finances publiques pour la période 2012-2017 précise cependant que l'évaluation des PPP vise essentiellement à déterminer le mode de financement à privilégier – contrat de partenariat ou maîtrise d'ouvrage publique – et non à examiner le projet en lui-même.

(2) Motion adoptée par la commission médicale d'établissement le 18 septembre 2012.

(3) Déclaration lors des « auditions privées » organisées par Décision Santé et la Fédération de l'hospitalisation privée, 10 octobre 2012 (propos rapportés par APM International).

projet excède des seuils fixés par décret en Conseil d'État ; d'après le rapport de Christian Eckert ⁽¹⁾, le seuil de ce montant pourrait être de l'ordre de 50 millions d'euros et celui du cofinancement d'environ 20 %. Rappelons que la nécessité de mener une évaluation de l'efficacité économique et sociale d'une opération d'investissement est déjà prévue pour certaines opérations spécifiques d'investissement (infrastructures de transport par exemple) ; elle repose notamment sur une analyse des bénéfices apportés à la population, de l'impact de l'opération sur les finances publiques et sur l'environnement ainsi que, le cas échéant, de sa rentabilité financière.

Partant d'un constat sévère porté sur les investissements initiés sous le précédent gouvernement, la ministre de la santé a également annoncé la mise en place d'un **nouveau cadre pour les investissements hospitaliers**. Ainsi, les hôpitaux qui bénéficieront d'une aide nationale pour leur projet d'investissement devront désormais signer un **contrat d'amélioration de la qualité, de la performance et de retour à l'équilibre** avec l'agence régionale de santé, qui comporteront un engagement de retour à l'équilibre financier à l'horizon 2016. Les projets seront en outre suivis par le comité de la performance, de la qualité et de l'innovation. Une trentaine de projets ont d'ores et déjà été identifiés, dont 20 posent des problèmes de sécurité financière avec des montants d'aides de l'ordre de 2,7 milliards d'euros sur la période 2012-2020.

b) Des gains d'efficience encore possibles

La recherche de gains d'efficience, passant par à la fois par des réorganisations internes et une meilleure gestion des dépenses, ainsi que par le développement de coopérations et la mutualisation d'activités doit être poursuivie dans le secteur public. À cet égard, la mission conjointe IGF IGAS sur l'évolution de l'ONDAM a lancé plusieurs pistes de réflexion intéressantes.

La mission part tout d'abord du constat que, dans la perspective de l'amélioration de l'articulation des professionnels de santé autour de parcours de soin des patients, un **recentrage de l'hôpital sur son cœur de métier**, c'est-à-dire sur la prise en charge des pathologies lourdes nécessitant des équipes spécialisées et des équipements coûteux, est indispensable. Elle estime ensuite que cette évolution nécessitera :

– un **désengorgement des urgences**. Si l'accès à un médecin de garde, quelle que soit la forme de cet accès, doit être garanti, celui-ci pourrait être mis en œuvre par la seule présence d'un médecin chargé de la prise en charge des patients et de l'orientation éventuelle vers un service d'urgence vitale. Les services d'accueil des urgences pourraient également réorienter les patients dont l'état ne justifie pas leur passage aux urgences vers une maison médicale de garde. Pour la mission, des modalités de remboursement différentes pourraient alors être mises en œuvre selon que le patient accepte ou non la réorientation (modulation du taux,

(1) Rapport n° 246 précité.

instauration d'un forfait). La mission considère également que, dans les zones les plus denses, où les temps d'accès aux urgences sont les plus faibles, certains services d'urgence pourraient être fermés afin de diminuer de manière significative le nombre de passages. Enfin, des marges d'efficacité devraient être recherchées dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, notamment grâce au développement d'une offre de médecine de premier recours (maisons médicales de garde en horaires de la permanence de soins ambulatoires) ;

– le **développement de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile**. Les marges de progression restent importantes dans ces secteurs, la DREES les évalue à 260 000 lits. La mission propose de fixer à 50 % la cible du taux de chirurgie ambulatoire pour 2017 (avec une diminution parallèle des incitations tarifaires une fois le taux atteint) et d'étendre à de nouveaux gestes la mise sous autorisation préalable des établissements souhaitant réaliser des actes désormais dévolus à la médecine de ville. 400 millions d'euros d'économies (équivalant à la fermeture de 10 % des lits en chirurgie conventionnelle) pourraient ainsi être dégagés d'après les chiffrages de la mission. S'agissant de l'hospitalisation à domicile, la mission recommande de transférer la pratique de certains soins à domicile (chimiothérapie orale), dans un cabinet infirmier libéral ou dans une maison de santé (injections simples). Enfin, la coordination entre hôpitaux et les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) doit être renforcée afin de limiter les hospitalisations évitables ;

– les **restructurations de l'offre hospitalière** et les reconversions du sanitaire vers le médico-social peuvent être envisagées quand elles assurent réellement une meilleure pertinence de l'offre territoriale de soins. D'après la mission, *« les enjeux se situent clairement dans le développement de structures alternatives et d'aval, dans l'articulation avec la médecine de ville et le secteur médico-social et enfin dans la flexibilité et la capacité de réorganisation du secteur MCO »*. Après une réflexion méthodologique visant à mieux cerner la notion de soins de proximité, à affiner l'approche par seuils minimaux d'activité et à renforcer le pilotage national et régional, la restructuration de l'offre hospitalière devrait privilégier des **opérations de coopération, reconversion ou regroupement de services**. Rappelons en effet que dans son rapport de mars 2012 sur les fusions et regroupements hospitaliers ⁽¹⁾, l'IGAS a souligné le **bénéfice très incertain des opérations de fusion entre établissements**. Si, en théorie, un établissement de plus grande taille rend des soins de meilleure qualité et réalise des économies d'échelle, elle indique que cet effet positif est surtout avéré pour les plus petits établissements, mais qu'entre 600 et 900 lits de court séjour, la grande taille présente pour un hôpital plus d'inconvénients que d'avantages. Il souligne également que *« l'expérience enseigne que les processus de fusion sont en eux-mêmes sources de surcoûts et de dysfonctionnements »*.

Instruits par les conséquences des restructurations récentes les plus brutales, nous pouvons considérer qu'il n'y a pas de bénéfice collectif à

(1) « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? ».

déstabiliser des équipes d'hôpitaux de proximité quand elles assurent en sécurité des soins de qualité.

En conclusion, « *en raison des difficultés qu'elle soulève et des risques qu'elle présente, la fusion doit demeurer une opération rare, à réserver aux cas où elle paraît effectivement indispensable* », leur intérêt étant loin d'être démontré. Pour la mission conjointe IGF/IGAS, ces restructurations devraient donc porter en priorité sur les services de médecine et chirurgie ainsi que sur les plateaux médicotechniques. Dans le même ordre d'idée, la mission considère que l'investissement hospitalier devrait être réservé aux opérations de redéploiement de l'offre hospitalière et médico-sociale : sauf exception, aucune aide à l'investissement conduisant à des créations de capacité ne devrait être accordée ; *a contrario* des aides à la mise aux normes ou au développement des systèmes d'information seraient nécessaires).

La mission estime également urgent de mettre en œuvre une politique de maîtrise des charges des établissements grâce, notamment, à une **meilleure organisation interne** de ces derniers. Elle préconise à ce titre de diminuer les charges de fonctionnement par une démarche de rationalisation de la dépense au travers de la **généralisation** et de la **simplification des contrats de performance de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)** ⁽¹⁾. La mission propose deux *scenarii* de déploiement de la mesure en 2013 et 2014 :

– soit un déploiement intégral dans les établissements publics et privés, avec un objectif d'impact financier de 2 % correspondant à une économie d'un milliard d'euros sur trois ans ;

– soit un déploiement sur la moitié de ces établissements, avec un objectif d'impact financier de 3,5 % pour une économie prévue de 0,9 milliard d'euros.

4. La réforme de la politique du médicament

Entre 2002 et 2011, 369 médicaments à faible service médical rendu ont été déremboursés. Si le déremboursement produit des économies immédiates, les risques de report sur d'autres spécialités remboursées et de développement de l'automédication en font un outil de régulation des dépenses discutable. C'est pourquoi le présent projet de loi de financement ne prend en compte aucun déremboursement. **Les économies sur le médicament ne doivent pas porter sur les patients.**

En revanche, il reste des marges de manœuvre sur les baisses de prix, qui seront menées cette année de manière équilibrée, et, surtout, sur la maîtrise de la

(1) Allègement des procédures actuelles, déconcentration complète au niveau des agences régionales de santé, meilleure articulation avec la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), simplification du diagnostic initial, rédaction d'un cahier des charges et mise au point d'outils de suivi dédiés.

prescription, principal chantier de régulation du troisième poste de dépenses de l'ONDAM « soins de ville » (26 milliards d'euros en 2009).

a) Mieux et moins consommer les médicaments prescrits en ville

La France est en deuxième position du classement européen pour le nombre de médicaments consommés par habitant, *ex-aequo* avec l'Espagne et derrière le Royaume-Uni. Chaque année, en moyenne, un Français consomme 382 comprimés, doses ou gélules (unités standards) parmi les huit classes de médicaments observés. C'est 53 de plus qu'un Allemand ou 84 de plus qu'un Italien. Avec 114 euros par habitant en moyenne, la France continue d'occuper la première place des dépenses de médicaments par habitant. C'est ainsi, par habitant et par an, 20 euros de plus qu'en Espagne et près de 45 euros de plus qu'en Allemagne et aux Pays Bas.

● *Améliorer le taux de prescription des médicaments génériques*

Première en cause, une spécificité française dans les prescriptions, qui favorisent les dernières innovations aux dépens des médicaments génériques, à l'efficacité prouvée et nettement moins chers.

Pour les médicaments anti-cholestérol, la France se situe au dernier rang européen pour les prescriptions dans le répertoire de médicaments génériques. Celles-ci ont même chuté de 13 points par rapport à 2006, alors qu'elles progressent dans de nombreux pays. Selon une étude récente de la CNAMTS, chaque année, la France pourrait économiser 1 milliard d'euros, sur ces deux classes de médicaments, en adoptant la même structure de consommation et de coûts que l'Allemagne.

La politique volontariste sur le générique a produit des résultats importants, qui doivent être poursuivis : en volume, les groupes génériques représentent plus d'un tiers de boîtes de médicament, et la mesure « tiers-payant contre générique », actée lors de la signature de la convention pharmaceutique du 6 mai 2012 devrait permettre, avec la forte mobilisation des professionnels, d'atteindre l'objectif ambitieux d'un taux de substitution de 85 % à la fin de 2012 (il était de 71,2 % au début de 2012).

Dans les cinq ans à venir, des chutes importantes de brevet devraient permettre une hausse de la prescription de génériques et des baisses de prix des *princeps*, à condition cependant qu'un certain nombre de blocages soient levés.

En premier lieu, l'utilisation de la mention « non substituable », qui permet à un médecin, pour des raisons liées à l'état du patient, de demander la délivrance d'un médicament princeps, doit être contrôlée et utilisée dans des cas appropriés.

En deuxième lieu, il faut encourager la prescription de médicament au sein du répertoire. Or, les médecins prescrivent de manière préférentielle les médicaments les plus récents et les plus chers. La mise en place du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) en 2009 a vocation à promouvoir de meilleures pratiques de prescription.

- *Réfléchir à l'opportunité d'objectifs médicalisés de prescription*

Près de 90 % des consultations de médecins généralistes de concluent par des ordonnances de prescription, contre 72 % en Allemagne. Une baisse de dix points de ce taux permettrait de générer des économies de l'ordre de 1,5 milliard d'euros. Par ailleurs, les prescriptions hospitalières réalisées en ville contribuent aux trois quarts à la hausse des dépenses de médicaments.

Il s'agit certes d'un enjeu majeur pour les finances sociales, mais qui peut surtout entraîner des nuisances pour la santé des patients. Ainsi, 70 000 hospitalisations chaque année sont provoquées par des iatrogénies médicamenteuses.

Il est donc urgent d'encadrer les prescriptions médicamenteuses à l'hôpital, et de réfléchir à l'opportunité de mettre en place des objectifs de prescription médicalisés, qui doivent s'appuyer sur des guides établis en lien avec les professionnels.

b) Les enjeux de maîtrise des dépenses de médicaments à l'hôpital

Selon l'ancienne Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), le marché du médicament en France représentait 27,1 milliards d'euros en 2009. Si la pharmacie d'officine reste largement prépondérante, les établissements de santé représentent une part significative et croissante de ce marché : avec une progression annuelle moyenne de 8 % de leurs achats depuis 1999, ceux-ci ont dépensé à ce titre 5,5 milliards d'euros en 2009, soit **20 % du marché du médicament** ; cette part de marché a pratiquement doublé en vingt ans. En 2007, la Cour des comptes estimait ainsi que les médicaments représentaient environ 10 % des charges d'exploitation des hôpitaux.

Comme le rappelle le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de mai 2011 sur le circuit du médicament à l'hôpital, ces dépenses se divisent principalement en deux segments distincts du « marché du médicament », l'un qui entre dans un cadre concurrentiel (médicaments pris en compte dans les tarifs des groupes homogènes de séjour) et l'autre qui fait l'objet d'un dispositif réglementé (« liste en sus »), chacun relevant de logiques et appelant la mise en œuvre de leviers d'action différents. Enfin, une troisième spécificité du marché du médicament à l'hôpital doit être relevée, même si elle n'a pas d'impact direct sur les dépenses hospitalières : c'est le rôle « prescripteur » de ce marché sur la ville et le médico-social, qui se traduit, en particulier depuis la réforme de la liste de rétrocession (voir encadré ci-après) par une croissance des dépenses de médicaments à prescription initiale hospitalière.

Les caractéristiques du marché du médicament à l'hôpital

• *Un marché compartimenté*

En premier lieu, il s'agit d'un **marché compartimenté en trois segments distincts** dont la dynamique est différente, où l'intensité de la concurrence est très inégale et qui sont soumis ou non à une logique de prix administrés :

– les **médicaments inclus dans les différents tarifs des groupes homogènes de séjours** (1,8 milliard d'euros, soit 31 %) qui sont les plus soumis à la concurrence, notamment des génériques, et pour lesquels les dépenses sont stables ;

– les **médicaments onéreux remboursés par l'assurance-maladie en sus des GHS** (2,5 milliards d'euros, soit 43 %) afin de faciliter le développement de nouvelles thérapeutiques et l'accès des patients à certains soins particulièrement coûteux. Ils sont inscrits sur une liste dite « en sus » et dotées d'un tarif de responsabilité négocié dans la plupart des cas par les pouvoirs publics avec les laboratoires. Très largement **responsables de la progression des dépenses**, ces molécules sont encadrées par les contrats de bon usage signés avec les agences régionales de santé (progression des dépenses fixée par les textes, suivi qualitatif des prescriptions) et peuvent être rayées de la liste en sus * ;

– les **médicaments que les hôpitaux peuvent vendre au public** (médicaments inscrits sur la liste dite de « rétrocession » avec 1,45 milliards d'euros, soit 25 %) qui sont souvent innovants, peu susceptibles d'être concurrencés par un équivalent thérapeutique ou un générique et dont le prix de vente est fixé réglementairement. Très dynamique jusqu'en 2004, cette activité de rétrocession a connu un coup d'arrêt avec la réforme intervenue en 2005 et le passage en officine de nombreuses spécialités auparavant en réserve hospitalière.

• *Un marché fortement concentré*

En second lieu, en dépit de l'inflation des références de médicaments et de l'émiettement des fournisseurs, le marché du médicament à l'hôpital apparaît fortement concentré :

– **20 médicaments** représentaient ainsi 42,2 % des dépenses hospitalières en 2009. Il s'agit pour la plupart d'exclusivités remboursées hors GHS (antinéoplasiques et immunomodulateurs, sang et organes hématopoïétiques, anti-infectieux) ;

– parallèlement, **une dizaine de grands laboratoires** représentent plus de 50 % des achats hospitaliers (concentration un peu plus forte que celle du marché officinal).

• *Un marché qui influence les secteurs ambulatoire et médico-social*

En 2009, l'assurance-maladie a remboursé 21,1 milliards d'euros de médicaments délivrés en officine. Si, globalement, la progression des prescriptions des médecins en ville est faible (130 millions d'euros, soit +0,8 %), celle liée au **renouvellement par les médecins de ville des prescriptions initiées à l'hôpital** apparaît en revanche très dynamique (200 millions d'euros).

Cette situation résulte de deux éléments distincts mais cumulatifs :

– les **durées d'hospitalisation** ont connu une diminution importante, rendue possible par l'offre aux patients hospitalisés de solutions thérapeutiques ambulatoires alternatives (et la sortie concomitante de la réserve hospitalière d'un nombre important de médicaments). Cette évolution favorable a permis de peser structurellement sur les dépenses de l'hôpital, mais elle a aussi eu pour corollaire, une progression des prescriptions hospitalières initiées à l'hôpital mais exécutées et renouvelées en ville ;

– le choix de faire de l'hôpital le sas d'entrée du progrès médical et thérapeutique, a conduit les laboratoires à placer la relation médicament-hôpital au centre de leur **stratégie commerciale** : certaines spécialités peuvent ainsi être vendues à un prix très bas aux hôpitaux, car ces spécialités ont toutes les chances d'être maintenues dans les traitements poursuivis après l'hospitalisation, sur la base de prix nettement plus rémunérateurs fixés réglementairement pour les ventes de produits remboursables en officine. Cette différence de coût d'une même prescription selon qu'elle est exécutée à l'hôpital ou en ville, profite aux finances hospitalières mais pèse en revanche sur l'enveloppe accordée aux soins de ville.

* en 2012, **43 spécialités ont été radiées de la liste en sus**. Le coût annuel des médicaments radiés était de l'ordre de 150 millions d'euros pour 2011.

Source : *extrait du rapport IGAS « Le circuit du médicament à l'hôpital », mai 2011.*

Des marges d'efficience dans la gestion des médicaments dispensés ou prescrits à l'hôpital ont été identifiées dans plusieurs rapports récents. Elles concernent principalement :

- *Le circuit logistique du médicament*

S'agissant des médicaments inclus dans les GHS, le rapport de l'IGAS sur le circuit du médicament observe que la massification des achats et des procédures a permis de peser sur les prix et de limiter les charges de gestion des établissements, mais appelle néanmoins à un renforcement de la négociation tarifaire et de la réactivité contractuelle face aux baisses de prix. S'agissant des aspects logistiques du médicament, elle constate que les opérations de commande et facturation, de réception et déballage des livraisons, de manutention et de stockage des colis représentent toujours une charge importante pesant sur les pharmacies hospitalières. Elle considère qu'eu égard au besoin d'investissements en la matière, il serait opportun de se pencher sur les économies potentielles en matière de personnel comme de surfaces de locaux qu'il pourrait être tiré de changements organisationnels consistant notamment à :

- décharger le pharmacien de tout ce qui n'est pas du domaine de l'expertise pharmaceutique et renforcer la professionnalisation de la fonction achats ;

- alléger, d'une part, les tâches administratives en poursuivant la dématérialisation des procédures et, d'autre part, les charges de manutention en développant l'automatisation et la robotisation ;

- exploiter au mieux les potentialités offertes par les coopérations hospitalières, en particulier au travers de la mise en place de plates-formes logistiques et de la mutualisation de certaines missions des pharmacies à usage intérieur, comme le stockage.

• *Les produits de santé de la liste en sus*

Les dépenses au titre des spécialités pharmaceutiques financées en sus des prestations d'hospitalisation se sont élevées à 2,6 milliards d'euros en 2011, en léger retrait de 0,6 % par rapport à 2010, après une hausse de 3,3 % en 2010, + 5,3% en 2009 et + 15,7 % en 2008. Devant la croissance soutenue de ces dépenses entre 2006 et 2009 (supérieure à celle de l'ONDAM), des actions de maîtrise médicalisée ont été mises en œuvre (régulation des prix, gestion dynamique de la liste, amélioration des pratiques de prescription, promotion du bon usage des médicaments, etc.). La mission conjointe de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales sur l'évolution de l'ONDAM sur la période 2013-2017 préconise toutefois de continuer à accroître substantiellement la maîtrise de la liste en sus. Elle suggère ainsi d'appliquer strictement les règles d'inscription et de radiation sur la liste en sus, notamment pour les médicaments à amélioration du service médical rendu mineure ou nulle (ASMR IV ou V) ⁽¹⁾, de généraliser les « plans d'action contractualisés de gestion du risque » ⁽²⁾ en les assortissant de sanctions en cas de non-respect dès 2013, de baisser le taux de prise en charge global de la liste en sus par l'assurance maladie (principe de ticket modérateur) et de mettre en œuvre une gestion active des tarifs de remboursement des produits de cette même liste par le comité économique des produits de santé (CEPS) ⁽³⁾.

Au-delà de ces mesures d'économies de court terme, l'IGAS s'est interrogée sur les fondements mêmes du dispositif de la liste en sus et en a dressé un constat sévère, recommandant une refonte en profondeur de la politique de financement de ces médicaments. Elle a en effet estimé qu'au regard des modalités d'évaluation, de fixation des prix et de régulation de ces médicaments particulièrement onéreux, « *la politique publique conduite pour favoriser l'innovation médicamenteuse, notamment en matière d'anticancéreux, [apparaissait] favorable à l'excès aux entreprises pharmaceutiques* ». Tout en plaçant en faveur du maintien du dispositif ⁽⁴⁾, elle a défini trois nouveaux critères à prendre en compte pour apprécier l'apport d'un médicament et mettre en perspective le gain pour la santé et le coût prévisible ⁽⁵⁾ et trois nouvelles

(1) La liste des médicaments figurant sur la « liste en sus » est fixée par arrêté ministériel. Les médicaments présentant une amélioration du service attendu (ASMR) de niveau IV (amélioration mineure) ou V (absence d'amélioration) ne doivent pas être inscrits sur cette liste s'il existe un médicament alternatif qui est financé dans les tarifs de la tarification à l'activité.

(2) La mission dénombre seulement 22 plans signés en 2010 et 2011 sur plus de 250 établissements ciblés et aucune sanction appliquée à ce jour.

(3) Les médicaments prescrits par les établissements de santé sur la liste en sus sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie, dans la limite de tarifs fixés par le CEPS.

(4) Qu'elle juge « intéressant » en ce qu'il conditionne le financement de produits coûteux à leur bon usage, favorise une politique intégrée du médicament dans les établissements de santé et sert l'articulation entre recherche translationnelle et soins en cancérologie.

(5) 1) le bénéfice thérapeutique jugé essentiellement sur l'amélioration de l'efficacité et/ou de la tolérance du médicament par rapport à l'existant de référence ; 2) la quantité de bénéfice thérapeutique rapportée aux besoins exprimée en termes d'apport vis à vis du but à atteindre : guérison, survie, prévention, réduction des manifestations les plus graves de la maladie ; 3) la quantité de bénéfice thérapeutique exprimée en termes d'apport pour la population concernée.

conditions pour attribuer à un médicament un prix particulièrement élevé ⁽¹⁾. Pour elle, il en va de la pertinence de la dépense, de la pertinence du dispositif lui-même et de la politique qui le sous-tend.

• *Les prescriptions hospitalières réalisées en ville*

Les prescriptions hospitalières réalisées en ville représentaient un montant de 4 milliards d'euros en 2011, en hausse de 4,5 % par rapport à 2010 (montant auquel il convient d'ajouter un peu plus de 1 milliard d'euros au titre des dispositifs médicaux, en hausse de 7,9 %). Face à cette évolution, la loi de financement pour 2011 a prévu la définition d'un taux d'évolution des prescriptions hospitalières exécutées en ville et instauré des contrats assortis de sanctions financières conclus par les agences régionales de santé avec les établissements connaissant des progressions de ce type de prescriptions supérieures aux objectifs.

Dans la continuité de ces dispositions, la mission conjointe IGF/IGAS propose de rendre obligatoire la conclusion de ces plans d'actions contractuels entre l'agence régionale et les établissements et d'appliquer strictement le dispositif de sanctions en cas de non-respect. Elle préconise également d'étendre la contractualisation aux prescripteurs libéraux exerçant en cliniques privées repérés comme les plus importants. Avec le développement du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), l'identification des praticiens hospitaliers prescripteurs pourrait en outre permettre une contractualisation par service.

c) Politique des prix : bâtir une politique industrielle du médicament au service des patients et de l'innovation thérapeutique

La maîtrise des dépenses de médicament s'est beaucoup appuyée depuis quelques années sur des baisses de prix, au moyen de la politique conventionnelle menée par le CEPS. Ce dernier a négocié, depuis cinq ans, des baisses de prix et des remises qui ont généré des économies comprises entre 400 et 500 millions d'euros par an (900 millions d'euros en 2012). S'il existe encore des marges de manœuvre au regard des taux de rentabilités affichés par le secteur pharmaceutique français, il convient, dans les années à venir, de mesurer la politique des prix au regard de ses effets sur les entreprises.

• *Si l'industrie pharmaceutique affiche encore des taux de rentabilité conséquents, les baisses de prix sur les médicaments princeps atteindront dans quelques années leurs limites*

(1) 1) l'affection traitée doit engager le pronostic vital ou présenter un haut degré de gravité, 2) le bénéfice thérapeutique doit être majeur ou important. Le médicament doit à la fois constituer une amélioration très nette en termes de ratio efficacité/toxicité par rapport aux alternatives existantes et apporter une réponse thérapeutique majeure ou importante par rapport aux besoins thérapeutiques pour lesquels les réponses restent inexistantes ou très insuffisantes, 3) la fixation d'un prix très élevé devrait obligatoirement se fonder sur une analyse coût/utilité.

Après une période de forte croissance, les ventes de médicaments ont marqué une baisse de progression en valeur de 1,5 % à 2 % en 2012, ce qui s'est traduit par une baisse du chiffre d'affaires globale du secteur évalué à 0,5 %.

Cependant, la rentabilité économique du secteur demeure importante : les excédents bruts d'exploitation rapportés au chiffre d'affaires du secteur s'établissaient en 2009 à 9,3 % en 2009. La France demeure l'un des principaux moteurs de l'industrie pharmaceutique mondiale, troisième producteur de médicaments en Europe, après la Suisse et l'Allemagne.

- *Il existe encore des marges de manœuvre sur les prix des génériques*

Depuis 2012, la commercialisation d'un générique se traduit par une baisse de prix de 20 % du *princeps*, et d'une indexation du prix du générique sur celui *princeps* avant baisse de prix, avec une décote de 60 %.

Cependant, les études montrent que sur certaines classes thérapeutiques (statines, inhibiteurs de la pompe à protons, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, sartans), les prix pratiqués en France sont plus élevés que chez nos voisins européens (15 centimes en France, 12 centimes en Allemagne, sur les soixante-quatorze principales molécules génériques).

Enfin, le cas des médicaments biosimilaires mérite une attention particulière. Il s'agit de médicaments similaires aux médicaments biologiques de référence produits à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant. Leur prix est en moyenne 20 % inférieur à celui des biomédicaments. Le marché concerné par ces médicaments atteindrait selon la CNAMTS 1,5 milliard d'euros dans les prochaines années. Or, il n'existe pas de droit de substitution au profit des biosimilaires aujourd'hui, alors même que d'autres pays ont considérablement développé leur prescription (60 % des prescriptions en Allemagne). Il serait donc envisageable, sur le modèle des génériques, de créer un répertoire des biosimilaires, afin de faciliter et sécuriser leur prescription.

L'ONDAM pour 2013 tient compte de cette situation, en pratiquant des baisses de prix à hauteur de 530 millions d'euros : les mises sous tarif forfaitaire de responsabilité et les baisses de prix sur les génériques représentent 100 millions d'euros. Le solde est sur les *princeps*. S'y ajoutent 100 millions d'euros de baisses de prix complémentaires sur les génériques (optimisation de la tarification des génériques).

- *Il faut refonder la stratégie pour bâtir l'avenir des industries pharmaceutiques*

La France est un pays historiquement novateur dans le secteur du médicament. Cependant, les fusions acquisitions entre entreprises ont conduit à réduire le tissu industriel de capitaux français.

Quant à la diminution du chiffre d'affaires du secteur du médicament, ce n'est pas une exception française. Ainsi, la croissance du chiffre d'affaires était négative en Espagne et en Italie en 2011 et s'élevait respectivement à - 6 % et - 2 %. La France reste donc un pays attractif en termes de vente et demeure favorable à l'innovation. Deux enjeux apparaissent cependant aujourd'hui.

La première question est de déterminer quelles sont les innovations majeures que les pouvoirs publics feront le choix de mieux rémunérer dans les années à venir, et les innovations mineures.

Le deuxième enjeu réside dans la capacité des pouvoir publics et des industries pharmaceutiques à travailler ensemble au service de l'innovation thérapeutique. Ainsi, le recul des publications, la baisse de la productivité scientifique, la faible attractivité de la recherche et développement et la modestie des entreprises françaises de biotechnologies limitent l'attractivité de la France en matière d'investissement stratégique.

Aussi, si une politique de baisse des prix des médicaments peut encore être, dans une certaine mesure, poursuivie, elle doit s'accompagner d'un partenariat renouvelé avec les industriels, par le biais d'un Conseil stratégique des industries de santé renforcé.

Le Conseil stratégique des industries de santé

Créé en septembre 2004, le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), est présidé par le Premier ministre et composé des administrations compétentes (économie et finances, industrie, santé et recherche) et des représentants de l'industrie pharmaceutique. Il a pour but d'améliorer l'attractivité de la France en matière de recherche et développement et de favoriser les partenariats public / privé pour la recherche en science de la vie. Le CSIS a créé en 2007 le Centre national de gestion des essais de produits de santé et octroyé aux laboratoires ayant investi en France une dispense partielle sur les remises annuelles pour le compte de l'assurance maladie.

d) Mieux évaluer les médicaments

L'évaluation d'un médicament en vue de sa prise en charge par la collectivité et de la détermination de son prix par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé repose aujourd'hui sur un double index (établi indication par indication). D'une part le service médical rendu (SMR)⁽¹⁾ d'autre part l'amélioration du service médical rendu (ASMR) dont les cinq niveaux sont définis par la commission de la transparence.

(1) Cette appréciation prend en compte l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et son intérêt pour la santé publique.

Or, ce mode d'évaluation est devenu en partie obsolète. En effet, la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé confie à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) l'évaluation et le suivi du rapport bénéfice-risque des médicaments et renforce le recours aux essais comparatifs dans le cadre la procédure d'autorisation. Surtout, cette loi conditionne l'inscription au remboursement « à la réalisation d'essais cliniques contre des stratégies thérapeutiques, lorsqu'elles existent ».

Le rapport parlementaire sur le *Mediator* de juin 2011 préconisait déjà de substituer la notion de niveau de progrès thérapeutique à celle d'ASMR. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales d'avril 2012 sur l'évaluation du dispositif de financement des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation dans les établissements de santé préconise également que la prise en charge d'un nouveau médicament dépende du gain qu'il apporte pour la santé et de son coût.

On pourrait donc considérer aujourd'hui que la prise en charge d'un produit par la collectivité et son prix sont avant tout conditionnés par la valeur ajoutée ou le progrès thérapeutique qu'il apporte et qu'il convient donc de faire évoluer l'ASMR dans ce sens. La Haute Autorité de santé a mené une réflexion dans ce sens, en mettant au point les prémisses de ce qui pourrait devenir un index thérapeutique relatif unique (ITR), évaluant l'intérêt clinique d'un nouveau médicament par comparaison à l'existant.

Il convient de poursuivre cette réflexion, en évaluant les conséquences en termes de remboursement et de santé publique de la mise en place d'un nouveau modèle d'évaluation des médicaments.

II.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES : NE PAS BAISSER LA GARDE

En vertu d'un compromis social maintenu depuis 1898, le système de garantie des risques professionnels de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général (AT-MP) est fondé sur un équilibre entre réparation automatique mais forfaitaire pour les victimes et immunité civile pour l'employeur. La théorie du risque prévaut sur la responsabilité pour faute.

Mais on ne saurait se satisfaire d'une simple indemnisation du dommage quand le risque se réalise : des politiques déterminées de prévention doivent réduire les risques professionnels. En effet, l'évolution inquiétante, à la hausse, en gravité et en quantité des accidents et des maladies professionnelles conduit à reconnaître l'actualité de ce combat. Et les risques changent. Il faut consacrer tout l'effort nécessaire à la surveillance des affections ancienne ou nouvelles liées au travail, de l'amiante aux risques psycho-sociaux.

En la matière, l'information pertinente est le plus souvent fournie par la victime. Améliorer l'indemnisation, individualiser la réparation, c'est mieux appréhender la nature des risques qu'occasionne la relation de travail.

La responsabilité sans faute n'existe jamais vraiment dans le cadre du travail, fondé sur une subordination du salarié à l'employeur. L'obligation de résultat en matière de sécurité de l'employeur permet d'engager sa responsabilité pour faute inexcusable dans les cas où il a ou doit avoir conscience du danger auquel est exposé le salarié et où il ne prend pas les mesures nécessaires pour l'en préserver

Votre rapporteur considère donc qu'il convient de fixer quelques objectifs simples en la matière afin de ne pas se perdre dans la grande diversité des situations de travail.

Le paritarisme est une de ces boussoles : la branche est gérée par les partenaires sociaux eux-mêmes. Elle est, à ce titre, le dernier organisme de la sécurité sociale strictement paritaire, ce qui établit un lien organique avec les branches professionnelles. La branche AT-MP définit donc les règles de prévention sectorielles à partir des comités techniques nationaux (CTN) et de leurs déclinaisons régionales. Les acteurs du monde du travail prennent ainsi en charge la prévention des risques d'origine professionnelle.

Mais ils le font sous le contrôle et la garantie des pouvoirs publics. L'intervention résolue de l'État, aux côtés de la branche, est plus que jamais nécessaire. L'inspection du travail et la médecine du travail, au cœur des entreprises, doivent être renforcés.

A. LE NIVEAU DES RISQUES PROFESSIONNEL EST CLAIREMENT TROP ÉLEVÉ

1. La persistance des accidents du travail et l'augmentation des maladies professionnelles

À partir des dernières données disponibles, on constate environ 1 200 000 sinistres reconnus en 2011 : 82 % concernent des accidents du travail, 11 % des accidents de trajet et 7 % des maladies professionnelles

Évolution du nombre d'accidents du travail, d'accidents de trajet et de maladies professionnelles de 2005 à 2011 (champ régime général)

Catégorie de sinistre	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Accidents du travail	1 139 063	1 144 431	1 145 397	1 129 314	1 018 679	995 488	1 000 797
Accidents de trajet	118 304	117 552	122 480	127 859	128 489	137 251	133 272
Maladies professionnelles	52 979	52 140	55 618	65 234	69 643	71 194	80 331
Total AT-MP	1 310 346	1 314 123	1 323 495	1 322 407	1 216 811	1 203 933	1 214 400

Catégorie de sinistre	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Accidents du travail avec arrêt	699 217	700 772	720 150	703 976	651 453	658 847	669 914
Accidents de trajet avec arrêt	82 965	83 022	85 442	87 855	93 840	98 429	100 018
Maladies professionnelles avec arrêt	41 347	42 306	43 832	45 411	49 341	50 688	55 057
Total sinistres avec arrêt	823 529	826 100	849 424	837 242	794 634	807 964	824 989

Source : Programme de qualité et d'efficacité AT-MP (annexe 2, PLFSS pour 2013)

● *Le ralentissement du nombre de sinistres ne touche pas assez les secteurs d'activité caractéristiques des nouvelles conditions de travail*

Du fait de la diminution du poids de l'industrie lourde ou extractive dans l'économie, la France a connu une forte réduction des accidents du travail, à hauteur d'un tiers entre 1970 et 2000. Cette évolution s'est également vérifiée entre 2000 et 2010 : le nombre d'accidents du travail a diminué de 11 %, et l'indice de fréquence, qui met en relation le nombre d'accidents du travail et le nombre des actifs est passé de 44 à 36 accidents avec arrêt par an pour mille salariés.

La baisse depuis 2000 provient en grande partie d'une décade plus prononcée dans les secteurs les plus propices aux accidents tels le bâtiment et les travaux publics où l'indice de fréquence s'élève encore en 2011 à 73. Alors que, pour l'ensemble des secteurs, la fréquence des accidents du travail avec arrêt baisse de 18 % entre 2000 et 2011, cette diminution est proche de 30 % dans les secteurs du bâtiment et des travaux publics, de l'industrie, de la chimie du caoutchouc et de la plasturgie.

Or, on constate une augmentation globale des accidents du travail avec arrêt depuis 2009 et pour la première fois depuis 2010 une augmentation de l'ensemble des accidents du travail, qui ne peuvent être mises sur le compte d'une augmentation de l'activité économique.

Dans le cadre de la « Stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail » pour les années 2007 à 2012, adoptée le 21 février 2007, la Commission européenne a fixé un objectif de réduction de 25 % du taux d'incidence des accidents du travail. Cet objectif ne sera donc pas atteint.

(en italique, taux d'évolution annuelle)

	2007	2008	2009	2010	2011
Indice de fréquence	39,4	38,0	36,0	36,0	36,2
	<i>0,1%</i>	<i>-3,5%</i>	<i>-5,4%</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,6%</i>

En 2011, la baisse de la sinistralité observée au cours des dernières années s'interrompt. Le nombre d'accidents du travail augmente de 1,7 %, soit légèrement plus que l'activité salariée (+ 1,1 %). L'indice de fréquence augmente donc légèrement, mais reste malgré tout avec 36,2 accidents du travail pour 1 000 salariés, pour la troisième année consécutive, proche de son niveau le plus faible atteint en 2009 (36 accidents du travail pour 1 000 salariés).

Habituellement, c'est dans les phases d'expansion économique que l'on constate une augmentation du nombre et de la gravité des accidents du travail. En effet, de nouvelles entreprises apparaissent, qui appliquent initialement moins bien les règles de prévention. Elles comptent généralement une proportion plus importante de travailleur polyvalents, moins bien encadrés et exposés à des risques protéiformes. Dans les nouveaux secteurs industriels émergents, les risques professionnels sont moins bien identifiés. Ce sont autant de facteurs de détérioration au moins transitoire des conditions de travail. L'addition, ces deux dernières années, de la récession et de l'aggravation des risques d'accidents avec interruption temporaire importante est donc profondément anormale.

La baisse rapide des accidents dans les secteurs « traditionnels » masque donc une stagnation ou une baisse trop lente dans les secteurs d'activité où les sinistres ne peuvent être prévenus seulement par des prescriptions techniques. Les activités de services et travail temporaires représentent 26 % des sinistres, les activités des services, commerces et industries de l'alimentation, 17 %, les services, banques, assurances et administrations représentent 18 % des sinistres.

Votre rapporteur considère donc qu'il convient de prêter une attention particulière à l'organisation du travail afin que les nouvelles formes de tertiarisation de l'activité et de segmentation de la production ne génèrent pas de nouveaux sinistres. On constate par exemple que la baisse est insuffisante dans les secteurs les plus caractéristiques de ces formes d'activité. En 2011, les accidents du travail avec arrêt d'assurés âgés de moins de 30 ans représentent 33,2 % de

l'ensemble. Le taux de fréquence est de 53,6 pour 1 000, expliqué par la part élevée des activités intérimaires dans cette classe d'âge.

De même, la hausse des accidents de trajet semble toucher particulièrement les activités de services où l'indice de fréquence augmente de 8 %, alors que ce secteur était déjà l'un des plus touchés par les accidents de trajet avec celui de l'alimentation. Les chutes de plain-pied représentent encore en 2011, près de 27,5 % des causes d'accidents de trajet, réduisant, pour la troisième année consécutive, de près de 10 % la part liée aux accidents de véhicules.

Elle est donc la conséquence, pour de nombreux salariés, de l'accroissement des parcours et de l'éclatement géographique des lieux de travail, parfois pour les plus précaires, par l'obligation d'exercer simultanément plusieurs activités à temps partiel.

● *Le degré de gravité des accidents du travail s'est accru*

Il convient également de prêter attention à l'augmentation de la gravité des accidents du travail avec arrêt, indentifiable par la durée des arrêts et le nombre de journées de travail perdues à ce titre. En 2011, 825 000 sinistres – soit 68 % – ont donné lieu à un arrêt de travail.

Le nombre de journées de travail perdues en raison d'un accident du travail a connu une augmentation importante en 2011 (1,39 journée pour 1 000 heures travaillées, contre 1,32 en 2010). Ce taux de gravité des accidents du travail avec arrêt a progressé d'environ 11 % entre 2005 et 2011

Nombre de journées perdues pour cause d'accident du travail pour 1 000 heures travaillées évolue comme suit de 2001 à 2011 :

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1,25	1,27	1,28	1,31	1,32	1,32	1,39

Mais à taux de gravité de l'accident donné, l'augmentation de la durée de l'arrêt peut provenir d'une modification des comportements de prescription des praticiens. L'augmentation de la durée moyenne d'un arrêt pourrait dans ce cas refléter une meilleure reconnaissance des dommages à la personne. Mais si le taux moyen d'incapacité partielle permanente des accidents du travail a diminué en 2011, il reste supérieur à son niveau du milieu des années 2000.

Enfin, les décès causés par un accident du travail ou de trajet sont en augmentation en 2011. Les accidents du travail sont à l'origine de 552 décès en 2011, soit une hausse de 4,3 % par rapport à 2010. On comptabilise 393 décès liés aux accidents du trajet en 2011. Cette hausse de 9,4 % est plus forte hausse en un an. Les accidents du travail routiers sont la cause de 20 % des décès.

• *L'augmentation des cas de maladies professionnelles ne peut laisser indifférent*

Les maladies professionnelles reconnues sont en augmentation constante tout au long de la dernière décennie et cette croissance s'intensifie depuis 2010.

Entre 2010 et 2011, le nombre de nouvelles maladies d'origine professionnelle prises en charge augmente de 8,6 %. Il s'agit des maladies professionnelles ayant donné lieu à un premier règlement de prestations en espèces au cours de l'année civile considérée : la maladie a été reconnue et la victime perçoit un premier règlement sous forme de capital si l'incapacité permanente partielle est inférieure à 10 %, sous forme de rente si le taux est supérieur.

		2007	2008	2009	2010	2011
Ensemble des maladies professionnelles	Nombre de syndromes	43 832	45 410	49 341	50 688	55 057
	Nombre de victimes	42 432	43 268	45 472	46 308	50 314

En 2011, 77 % des victimes relèvent des troubles musculo squelettiques (TMS) du tableau 57 « *Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail* », soit 28 812 personnes. L'amiante est la cause de la maladie professionnelle pour près de 5 000 victimes par an au titre principalement du tableau 30 « *Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiantes* » (3 731 victimes en 2011) et du tableau 30 bis « *Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante* » (1 008 victimes, en hausse de 10 % depuis 2008).

Les victimes de maladies professionnelles sont en moyenne plus âgées que les victimes d'accidents du travail ou de trajet. La classe d'âge des 50-59 ans est la plus représentée, ce qu'explique la longueur du délai de latence séparant l'exposition à certains agents pathogènes et l'apparition de la maladie. C'est en particulier cas des maladies liées à l'amiante, qui représentent en 2011 17 % des nouvelles affections. Comme pour les accidents, on constate une progression soutenue du nombre de maladies professionnelles avec arrêt qui augmentent de 33 % de 2005 à 2011.

Les décès sont comptabilisés avant consolidation. La victime n'a pas atteint le stade où la maladie se stabilise et où un taux d'incapacité permanente partielle peut être déterminé. Le nombre de décès causés par les maladies professionnelles est supérieur en 2011 de 15,6 % par rapport au niveau de 2005. Il est passé de 533 décès en 2010 à 570 en 2011, soit une hausse de 6,9 % en un an. Le tableau 30 bis est responsable de plus de la moitié des décès.

Un tel constat est aggravé par le fait que maladies professionnelles ne sont pas toujours déclarées ou reconnues comme telles. Les sinistres sont alors entièrement à la charge de l'assurance maladie. L'existence d'une sous-déclaration

se traduit, depuis 1997, par un reversement de la branche AT-MP vers la branche maladie voté chaque année en loi de financement à partir d'une estimation du coût qu'elle occasionne par une commission réunie tous les trois ans. Les conclusions de votre rapporteur, à ce titre, sont présentées au commentaire de l'article 68 du projet de loi.

2. La veille et l'évaluation des nouveaux risques doivent être renforcées

Puisque le travail change, les entreprises sont appelées en permanence à utiliser et transformer de nouvelles substances et à renouveler leurs formes d'organisations. L'effort de veille est donc indispensable afin de prévenir les ruptures entre les savoirs qui laisseraient notre pays démuné face à l'émergence de nouveaux risques majeurs. La prévention et l'indemnisation sont dénuées de sens si elles ne s'adaptent pas aux nouvelles réalités du travail. Il revient donc aux pouvoirs publics de fixer les axes stratégiques des institutions en charge de l'analyse des risques professionnels et de définition des mesures de prévention.

● Mieux tenir compte des risques pour les femmes

Votre rapporteur tient à attirer l'attention sur l'analyse de la sinistralité au travail sous l'angle du genre sur la période de 2000 à 2010 récemment menée par l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT). Il en ressort que le niveau de risques professionnels subis par les femmes augmente beaucoup trop en France depuis dix ans. Si les accidents du travail concernent davantage les hommes que les femmes, le nombre des accidents du travail touchant les femmes est en constante augmentation depuis 2000. Le nombre d'accidents de trajet des femmes a augmenté et dépasse depuis 2009 celui des hommes. Le nombre des maladies professionnelles des femmes dépasse celui des hommes depuis 2010. La prévention des risques professionnels doit donc être une composante de tout premier plan des négociations que le Gouvernement vient d'engager avec les partenaires sociaux sur l'égalité des femmes et des hommes au travail.

● Éviter les amiantes de demain

Le drame de l'amiante rappelle qu'on ne saurait prendre à la légère les risques encourus par le travail ou par les substances que l'action humaine utilise ou produit. Pourtant au plan mondial, seuls quarante pays ont décidé d'interdire l'amiante malgré une résolution adoptée par la Conférence internationale du travail, le 14 juin 2006, appelant à l'élimination de tout usage futur de l'amiante et recommandant de renforcer la protection des travailleurs qui demeureront confrontés à l'amiante en place.

En France même, une récente campagne expérimentale de prélèvements et de mesures des fibres d'amiante par microscopie électronique à transmission analytique en milieu professionnel a mis en évidence des niveaux

d'empoussièrement d'une ampleur inattendue pour certains matériaux. Ces constats sont liés à la fois aux techniques utilisées et à l'état de dégradation des matériaux. La méthode de mesure a permis d'identifier et de comptabiliser les fibres fines d'amiante qui n'étaient pas visibles précédemment.

En conséquence, le décret du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition à l'amiante fixe le contrôle de l'empoussièrement en milieu professionnel selon la méthode précitée, ce qui conduit en moyenne à une division par deux de la valeur limite d'exposition permise à l'échéance du 1^{er} juillet 2015. Il interdit les travaux conduisant à un niveau d'empoussièrement supérieur à 25 000 fibres par litre en raison de l'inefficacité des appareils de protection respiratoire au-delà de ce niveau d'empoussièrement. Il supprime la distinction entre les notions d'amiante friable et d'amiante non friable et la remplace par trois niveaux d'empoussièrement définissant les règles techniques, les moyens de prévention collectifs et les équipements de protection individuelle à mettre en œuvre. Il améliore les obligations de repérages de l'amiante avant travaux et généralise la certification des entreprises à l'ensemble des activités de retrait et d'encapsulation de matériaux contenant de l'amiante.

Le constat de la permanence des conséquences de l'utilisation de l'amiante rappelle qu'il ne faut pas relâcher l'effort en matière d'analyse des risques. L'examen de la dangerosité des substances relève de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) qui bénéficie à ce titre d'une subvention du ministère du travail. Une fois établies des valeurs maximales d'exposition, c'est l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles (INRS) qui définit l'adéquation des mesures de protection et de prévention professionnelles. Son financement principal relève de la branche AT-MP.

Dans le plan stratégique de prévention 2013-2017 de l'INRS, les cancers professionnels et les nanoparticules sont des domaines prioritaires de prévention. 1 400 nanoparticules sont manufacturées aujourd'hui en France. Elles sont utilisées dans l'industrie du bâtiment, les cosmétiques, comme catalyseurs de carburant, en électronique et informatique. Si la dangerosité de certaines d'entre elles, utilisées dans les entreprises du secteur chimique, est bien identifiée, la majorité des autres substances n'a pas été étudiée.

La branche AT-MP a logiquement inscrit la prévention des cancers professionnels comme priorité de son action : en 2011, 1 400 entreprises ont ainsi fait l'objet d'actions de prévention afin que 22 000 salariés en soient plus exposés à au moins un produit cancérigène dans le cadre de leur travail. On mesure donc l'ampleur de la tâche face à la multiplicité des risques, anciens comme nouveaux.

• *Adapter la prévention des risques professionnels aux changements du travail*

La permanence du danger des substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) ne doit pas faire oublier les risques liés au changement du travail lui-même.

La santé du travailleur peut être affectée par les nouvelles méthodes de management, elles-mêmes rendues possibles par les technologies de l'information et de la communication. Il est d'autant plus important de limiter les effets négatifs de leur utilisation au travail que la diffusion de ces dernières est un véritable atout pour la prévention des risques professionnels: elles améliorent le suivi, notamment par la géolocalisation, et renforcent le partage d'information, ce qui permet de mieux identifier les risques, en particulier pour les travailleurs de l'industrie.

Mais l'on appréhende mieux les effets d'un usage mal contrôlé de ces technologies dans l'entreprise: perte d'autonomie, brouillage entre le travail et la sphère privée, fragmentation des situations de travail. C'est sur les technologies de l'information et de la communication que s'appuie le « *lean management* », gestion des ressources humaines fondée sur la réalisation d'objectifs individualisés et quantifiés. La technologie permet au manager de gérer des variations de rythme et de réduire l'autonomie d'exécution des salariés. Le pistage des salariés est le revers de l'exigence de traçabilité. Les salariés les moins qualifiés réalisant des tâches d'exécution ont davantage de risques de voir leurs conditions de travail se dégrader suite à la mise en place de progiciel de gestion intégré. À l'inverse, selon une étude récente du Centre d'analyse stratégique ⁽¹⁾, nombre de cadres semblent satisfaits des évolutions. Par le biais des réseaux, de l'utilisation d'outils nomades, ils acquièrent une plus grande autonomie dans leur travail. Mais ce gain de liberté a sa contrepartie : le brouillage entre le travail et la sphère privée est augmenté par les phénomènes de débordements du travail (travail le soir au domicile, les week-ends, pendant les vacances, sur le trajet) L'obligation de rester joignable peut être excessive, ce que prouvent, en creux, les quelques cas d'entreprises qui imposent des temps de déconnexion, ou une journée sans courriel, afin de préserver le bien-être des salariés.

La protection des salariés pourrait donc être assise sur une redéfinition de la notion de « *mutations technologiques importantes et rapides* » qui conditionne les obligations de consultations du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et du comité d'entreprise (CE) lors de leur introduction.

Au nombre des priorités du nouveau cadre stratégique adopté par l'INRS figurent d'ailleurs également les formes d'organisation des entreprises et la sous-traitance.

(1) Centre d'Analyse Stratégique, Rapport sur les TIC et les conditions de travail, février 2012.

On relèvera qu'en matière de sous-traitance, le plan de prévention d'une entreprise donneur d'ordres est difficile à réaliser quand, sur le même site, cohabitent les salariés d'entreprises différentes. De même l'entreprise sous-traitante doit établir un plan de prévention alors que ses salariés interviennent dans des établissements extérieurs et que le donneur d'ordre n'est pas forcément associé à ses travaux. Ces situations empêchent également les institutions représentatives du personnel de jouer pleinement leur rôle. On sait que cet enjeu revêt une acuité toute particulière en matière de maintenance des centrales nucléaires. Votre rapporteur estime qu'il devait en aller de même pour les autres secteurs d'activité.

Lors de leur audition par votre rapporteur, les responsables de la commission accidents du travail de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ont souligné que l'articulation du rôle de l'ANACT relevant du ministère du travail avec les actions de la branche figurerait dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) liant l'État à la branche. Les actions de prévention menées par la branche, à forte composante technique, qui relèvent plus d'une « culture de l'ingénieur », gagneront ainsi à se nourrir des travaux de l'ANACT en matière d'ergonomie et de sociologie du travail et des organisations. La formation à la connaissance et à la prévention des risques professionnels du « manager » de proximité doit être améliorée.

- *Les risques émergents doivent être pleinement pris en compte*

Les risques psychosociaux peuvent être définis comme des « *risques professionnels qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés* ». Ils recouvrent principalement le stress chronique, les violences psychologiques et le harcèlement. Ils font parfois l'objet d'un déni contre lequel votre rapporteur tient à se prononcer avec fermeté.

Il faut prendre la mesure du durcissement des conditions de travail et de leurs conséquences sur la santé des travailleurs. Une victime de harcèlement ou de stress au travail devient, à plus ou moins brève échéance, une personne atteinte d'une maladie chronique qui n'est que rarement déclarée comme maladie professionnelle ce qui accroît les risques de marginalisation sociale. Le caractère multifactoriel des risques psychosociaux ne saurait exonérer la responsabilité de l'employeur.

Les connaissances doivent se développer à la mesure de l'enjeu. Pourtant il n'existe toujours pas à ce jour de tableau de maladies professionnelles propre aux maladies psychiques. En conséquence, les demandes relatives aux troubles psychosociaux sont, avec les tumeurs malignes, les demandes les plus fréquentes au titre des maladies non désignées dans un tableau professionnel mais essentiellement et directement causées par le travail habituel de la victime.

Mais cette voie d'accès complémentaire est insuffisante : le nombre de demandes ne dépasse pas 150 alors que d'après les données du réseau national de

vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, 14 733 cas de troubles mentaux et du comportement ont été identifiés pendant la première décennie 2000 lors des consultations spécialisées de pathologies professionnelles. On y relève un nombre important de dépressions dues au vécu du travail qui ne sont pas prises en charge par la branche AT-MP. L'accès au système de réparation complémentaire est subordonné à un taux d'incapacité permanente d'au moins 25 % ce qui restreint les possibilités de reconnaissance de l'origine professionnelle de maladies psychiques. Or, les pathologies psychiques sont évolutives, avec une alternance entre des phases aiguës et des améliorations ce qui complexifie l'estimation d'un taux d'incapacité permanente partielle, mieux adapté aux lésions corporelles.

En conséquence, la branche maladie supporte l'essentiel des coûts des arrêts de travail liés à la survenance des pathologies psychiques dont l'origine est professionnelle, faute d'une reconnaissance facilitée hors tableau.

L'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 a pourtant fourni une définition de l'état de stress qui « *survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* ». L'exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses dégrade donc la santé du travailleur qui ne peut plus s'ajuster aux contraintes. Or, il revient à l'employeur de veiller à ce que l'organisation du travail ne porte pas atteinte à la santé du travailleur. Le chef d'entreprise doit veiller à la santé du travailleur dans son ensemble, aussi bien physique que mentale. La santé mentale relève d'ailleurs bien des attributions du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (article L. 4612-1 du code du travail) et des obligations en matière de prévention et d'évaluation (article L. 4121-1). Pourtant, une enquête récente de l'agence européenne en matière de santé au travail (EU-OSHA) relève que 74 % des entreprises européennes n'ont pas mis en place de mesures spécifiques de prévention pour lutter contre les risques psychosociaux.

B. INDEMNISER LES VICTIMES, FINANCER LA PRÉVENTION

1. La fin d'un déficit anormal

D'après le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2012, le résultat de la branche AT-MP devrait s'améliorer en 2012 de plus de 83 millions d'euros par rapport à 2011, mais resterait déficitaire de 138 millions d'euros. La réduction du déficit est portée par une augmentation des recettes de 3,6 % qui atteignent 11,75 milliards d'euros mais restent inférieures aux charges (11,88 milliards d'euros) en hausse de 2,8 %.

C'est grâce aux mesures adoptées dans le présent projet de loi de financement que la branche va revenir à l'équilibre. En tendance, sans mesures nouvelles, le déficit s'aggraverait même pour atteindre 154 millions d'euros en

2013. Le projet de loi de financement va donc permettre un redressement des finances de la branche à hauteur de 437 millions d’euros, soit 3,7% des produits de l’année 2012.

Solde de la branche AT-MP du régime général entre 2007 et 2013

(en droits constatés et en millions d’euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Résultat	- 455	241	- 713	- 726	- 221	- 138	283

Source : Direction de la sécurité sociale.

Votre rapporteur souligne que ce redressement met un terme à la dégradation des comptes observée depuis 2002, contraire aux fondements assurantiels de la branche AT-MP qui suppose l’ajustement continu de ses recettes à ses charges. Les montants cumulés du déficit, portés par l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) représentent aujourd’hui près de 15 % des recettes. Une reprise par la Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES), projetée pour la loi de financement de 2011 a été repoussée par la commission mixte paritaire. Elle était en effet profondément anormale, puisqu’elle mettait à la charge de l’ensemble des contribuables des dépenses dont le financement relève des seuls employeurs.

Le retour à l’excédent fournira de nouveaux moyens pour financer le renforcement de la branche et l’amélioration de son articulation avec la médecine du travail. En vertu du principe, posé à l’article L. 241-5 du code de la sécurité sociale selon lequel « *les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l’objet d’une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération* », 97 % des recettes proviennent directement de cotisations des employeurs. Pour supprimer le déficit, apurer la dette et financer le renforcement de la prévention, la contribution des employeurs est donc attendue.

Si le montant des déficits cumulés pourrait être financé en une année par une hausse du taux de cotisation net moyen à la charge des employeurs de 0,4 points de masse salariale, un tel ajustement n’est pas adapté à la conjoncture économique. L’ajustement passe donc par une augmentation de la cotisation employeur étalée sur plusieurs années afin de réduire en quelques exercices le déficit et de rétablir un bon niveau de fonds propres. Votre rapporteur se félicite de l’augmentation de 0,05 point, par voie réglementaire, du taux moyen de cotisation. Les modalités de son imputation relèvent du décret qui fixera l’augmentation des majorations mutualisées par l’ensemble des entreprises.

L’objectif de solde du régime général pour 2013 tient ainsi compte d’une augmentation à hauteur de 200 millions d’euros des cotisations AT-MP, ce qui permettra notamment d’apurer progressivement les déficits passés de la branche.

2. La tarification doit être le premier levier de la prévention

Le taux net moyen de cotisation s'élève à 2,38 % de la masse salariale en 2012. Il se décline entre un taux brut par entreprise, qui dépend des sinistres imputés au compte de l'employeur, et des majorations de mutualisation des charges qui ne sont pas imputables à une entreprise particulière.

En vertu de la réforme de la tarification engagée par la branche en 2010 à partir de l'accord des partenaires sociaux et qui entre progressivement en vigueur de 2012 à 2014, la tarification individuelle s'applique aux entreprises de plus de 150 salariés. La « tarification au coût moyen » entraîne l'imputation sur leurs comptes, de manière forfaitaire, de coûts représentatifs des AT-MP sur trois ans ce qui permet d'accélérer l'impact du sinistre sur le niveau de cotisation et facilite le travail des caisses. Votre rapporteur souligne que cette nouvelle tarification aiguise l'intérêt des employeurs pour la prévention.

Pour les entreprises dont l'effectif est inférieur à 19 salariés, le taux moyen des entreprises du secteur d'activité est appliqué. Entre 20 et 149 salariés, il y a combinaison des deux systèmes de taux, le taux individuel croissant avec la taille de l'entreprise. Un des acquis principaux de la réforme réside dans l'abaissement du seuil de tarification individuelle de 200 à 149 salariés, car il étend la tarification la plus incitative à la prévention aux petites et moyennes entreprises (PME) importantes. Le lissage du passage à la tarification individuelle évite également les effets de seuils et incite l'employeur, dès les premiers stades de croissance des effectifs de l'entreprise, à consacrer plus de moyens à prévenir les risques professionnels et à organiser le travail de la façon la moins sinistrogène.

Le taux net de cotisation est constitué par le taux brut moyen affecté de quatre majorations destinées à couvrir les accidents de trajet (M1) ; les charges générales de la branche, les dépenses de prévention et de rééducation professionnelle et, depuis 2011, la moitié du versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP (M2) ; les dépenses correspondant aux compensations inter-régimes, du fonds commun des AT-MP ne figurant pas au compte d'un établissement, inscrites à un compte spécial, les dotations aux fonds en faveur des victimes de l'amiante et, depuis 2011, la moitié du versement à la branche maladie (M3) ; depuis le 1^{er} janvier 2012, les dépenses supplémentaires générées par le dispositif de retraite anticipée au titre de la pénibilité (M4).

La fraction mutualisée du taux de cotisation AT-MP augmente depuis 2006, en raison notamment du poids croissant de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Elle atteint 61 % en 2012. Il convient de contenir cette augmentation afin de ne pas diminuer l'effectivité des incitations des employeurs à la prévention des risques professionnels au travers de l'individualisation de leur tarification.

À cette fin, la logique de « bonus – malus » de la tarification doit être encouragée. Les entreprises en tarification collective et mixte ayant pris des mesures de prévention contre les accidents du travail et de trajet peuvent

bénéficier d'une minoration de leurs taux de cotisation AT-MP. Leur impact financier en 2011 s'élève à 10,6 millions d'euros.

Des cotisations supplémentaires peuvent être appliquées pour inciter les entreprises à mettre en œuvre le plus rapidement possible les mesures de prévention demandées par les services des caisses suivant une procédure d'injonction. La majoration est automatique sans injonction préalable dès lors qu'une situation de risque exceptionnel a déjà fait l'objet de cette procédure d'injonction. Cette cotisation supplémentaire est désormais au moins égale à 25 % de la cotisation normale calculée sur une durée de trois mois, ce qui est incitatif pour les grandes entreprises, sans pouvoir être inférieure à 1000 euros, ce qui vise les PME. La décision d'imposer une cotisation supplémentaire reste toutefois soumise à l'avis favorable des comités techniques régionaux de la branche.

En 2011, 703 majorations de cotisations étaient en cours et ont généré 5 millions d'euros de cotisations supplémentaires. Les activités du bâtiment et des travaux publics sont celles qui donnent lieu le plus fréquemment à des majorations. 224 nouvelles majorations ont été appliquées au cours de l'année 2011, dont 54 % relèvent de ce secteur, soit une baisse de 36 % par rapport à 2010 où 352 nouvelles majorations avaient été appliquées. L'effet dissuasif de ce renforcement de la majoration semble donc inciter les entreprises à réagir plus rapidement avec pour conséquence la réduction du nombre de nouvelles majorations alors même que le nombre d'injonctions a augmenté d'environ 10 %.

Symétriquement des avances sont accordées aux entreprises qui acceptent de mener un programme d'actions de prévention spécifique à leurs branches d'activité (en application de l'article L 422-5 du code du travail). Mais le nombre de ces contrats de prévention a baissé entre 2010 et 2011, les montants engagés passant de 37 à 29 millions d'euros. La CARSAT peut également accorder des subventions directes à des entreprises de moins de 50 salariés pour améliorer le niveau de prévention d'un risque spécifique. 2 300 aides financières simplifiées ont été accordées en 2011 pour un montant de 13,6 millions d'euros, en hausse de 3,6 millions par rapport à 2010.

3. L'évolution des dépenses en 2012 et 2013

Les charges nettes de la branche AT-MP du régime général atteindraient 11,88 milliards d'euros en 2012. Elles recouvrent principalement 3 catégories :

Les prestations d'incapacité permanente, hors ONDAM, représentent le premier poste de dépenses, pour 4,27 milliards d'euros en 2012,

Près de 97 % de ces indemnisations sont versées sous forme de rente, contre 3 % sous forme de capital. Les indemnisations en rente sont versées lorsque l'incapacité permanente est supérieure ou égale à 10 % ; en deçà, le versement s'effectue sous forme d'un capital, croissant avec le taux d'incapacité. Bien que les accidents entraînant une IPP d'au moins 10 % soient plus rares, les montants

individuels versés sont supérieurs et les rentes sont viagères, tandis que les capitaux sont versés en une seule fois pour solde de tout compte.

La hausse des prestations d'incapacité permanente en 2013 serait de 2,7 % pour atteindre 4,440 milliards d'euros, une fois comprises les mesures nouvelles de la loi de financement.

En 2013, deux mesures vont permettre d'améliorer l'indemnisation de l'incapacité permanente.

Une première série de mesures, adoptées par voie réglementaire, visent à homogénéiser la prise en compte par les différentes caisses de l'incidence professionnelle du préjudice. Le taux de l'incapacité permanente est en effet déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle. Les caisses s'appuient à cet effet sur un barème indicatif d'invalidité prévu par voie réglementaire, qu'il convient de revoir afin d'homogénéiser les conditions dans lesquelles elles tiennent compte, dans la fixation de ce taux, de la diminution ou perte de salaire de l'assuré., L'hétérogénéité de la réparation selon les caisses primaires d'assurance maladie est en effet une anomalie. Il a été indiqué à votre rapporteur que la convergence, à la hausse, des différentes pratiques actuelles représenterait progressivement une dépense annuelle supplémentaire qui atteindrait 100 millions d'euros d'ici dix ans. Le bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2008-2012 notait que l'amélioration de l'équité de traitement entre victimes reste à parfaire. Cette orientation nouvelle y contribue.

La deuxième mesure est inscrite en loi de financement et décrite par votre rapporteur dans le commentaire de l'article 65. Elle vise à indemniser les victimes qui se trouvent dans l'incapacité de réaliser plusieurs actes de la vie sans recourir à une tierce personne. Une prestation complémentaire de recours à tierce personne se substitue à une majoration de rente moins adaptée aux besoins des victimes. Cette mesure emportera un doublement de l'effort financier actuel.

Les dépenses de prestations d'incapacité temporaires, relevant de l'ONDAM, qui atteignent 3,853 milliards d'euros en 2012 en progression de 3,2 % par rapport à 2011 et qui augmenteraient de 4,2 % en 2013 pour atteindre 4 milliards d'euros.

Les indemnités journalières en sont la première composante à hauteur de 2,7 milliards d'euros en 2012. Elles sont actuellement plus favorables que les indemnités pour maladie car elles indemnisent 60 % du salaire journalier de base pendant les 28 premiers jours, sans jour de carence, et 80 % après le 29^{ème} jour, avec des plafonds de salaire plus élevés. Elles ont été partiellement fiscalisées par la loi de finances pour 2010 sur la seule part des indemnités correspondant à 50 % du gain journalier de base ce qui correspond au taux de calcul des indemnités pour maladie : il y aurait donc eu fiscalisation de la seule partie correspondant au

revenu de remplacement et non des dix points supplémentaires pendant les 28 premiers jours ou des trente points supplémentaires à partir du 29^{ème} jour, considérés comme la compensation du préjudice subi par la victime.

En 2012, les *remboursements de soins* au titre de l'incapacité temporaire recouvrent des soins en ville pour 571 millions d'euros ou en établissements pour 564,7 millions d'euros. La victime dispose du tiers payant à 100 %.

Viennent enfin les dépenses de transfert.

Les transferts hors amiante recouvrent en premier lieu les transferts d'équilibre aux régimes de base à hauteur de 470 millions d'euros en 2013. Ces transferts sont en baisse sensible bien qu'irrégulière entre 2007 et 2013, de 5,3 % en moyenne annuelle, suite au déclin démographique de ces régimes.

Le transfert à la branche maladie compense la sous-déclaration des maladies professionnelles pour 790 millions d'euros en 2012 comme en 2013 (article 68 du projet de loi de financement).

Une contribution à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) au titre de la pénibilité contribue au financement du droit à la retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans des personnes auxquelles une maladie professionnelle ou un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle occasionnent un niveau minimum d'incapacité permanente partielle. La contribution à la CNAV a été fixée à 35 millions d'euros en 2011 et à 110 millions d'euros en 2012. Or le coût réel du dispositif n'a pas dépassé 1,7 million d'euros en 2011 et est estimé à 12,2 millions d'euros pour 2012. Le montant du reliquat suffisant à couvrir le coût réel du dispositif pour 2013, aucune contribution de la branche AT-MP n'est prévue pour 2013.

Les transferts au titre de l'amiante sont décrits par votre rapporteur dans le commentaire de l'article 69 du projet de loi. Depuis dix ans, le total cumulé des dotations de la branche AT-MP aux fonds liés à l'amiante s'élève à 11,39 milliards d'euros. Cet effort n'a jamais été démenti au fil des lois de financement et est maintenu pour 2013.

Le financement de 115 millions d'euros en 2013 garantit que le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la loi de financement pour 2001, disposera des ressources nécessaires afin de financer l'indemnisation intégrale et rapide des victimes d'expositions professionnelles ou environnementales aux fibres d'amiante.

De même la contribution de 890 millions au Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA), créé par l'article 41 de la loi de financement pour 2001, permettra de financer la cessation d'activité de salariés d'établissements ayant fait utilisation de l'amiante et inscrits à ce titre dans une liste (85 % des allocataires en 2011). Il finance également la cessation d'activité de salariés ou anciens salariés du régime général ou agricole reconnus atteints

d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante (15 % des allocataires en 2011).

4. Les actions de prévention des risques professionnels

a) Les actions menées par la branche AT-MP

Le retour des comptes de la branche AT-MP à l'équilibre permet de pérenniser le financement du fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FNPATMP) qui finance les services de prévention et de tarification des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), l'INRS et les actions de prévention (contrats de prévention, campagnes d'information). La convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 a budgété près de 1,35 milliards d'euros. La nouvelle convention dégagera des moyens supplémentaires.

La convention en cours a fortement structuré la branche en définissant des cibles et des actions prioritaires. 18 programmes ont couvert les champs de la prévention, de la réparation et de la tarification et hiérarchisé les actions. Parmi les points qui restent à améliorer, on relève que le développement des partenariats n'est pas assez rapide, que la priorité affichée en direction des TPE/PME ne s'est pas traduite par des actions suffisantes et que l'utilisation des incitations financières peut gagner en efficacité.

La caisse nationale doit pleinement assurer son rôle d'impulsion et de régulation des actions des caisses régionales alors que des tensions sont apparues dans la mise en œuvre de la dernière convention, notamment pour convenir du plan national d'actions coordonnées (PNAC) et des plans d'actions régionaux (PAR).

La branche a diagnostiqué à bon droit que la traçabilité des expositions professionnelles peut être mieux établie. Parmi les initiatives dont votre rapporteur souhaite souligner l'intérêt, figure le site www.step-cmr.fr sur lequel les employeurs peuvent évaluer l'exposition aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. 478 établissements sont inscrits fin 2011 et 275 ont déposé des données.

Parmi les actions principales présentées à votre rapporteur, on notera en particulier le programme de prévention des troubles musculo-squelettiques qui s'est fixé comme objectif d'en stabiliser l'indice de fréquence nationale, en particulier pour l'épaule et le coude. Les actions des CARSAT ont porté sur dix secteurs d'activité prioritaires du fait de leur sinistralité dont la grande distribution, l'agroalimentaire (notamment la découpe des viandes), les entreprises de propreté, la collecte et le tri des déchets et les aides et soins à domicile. Dans le secteur de l'intérim, un référentiel de compétences pour les permanents des agences a défini les actions nécessaires à chacune des étapes de délégation d'un intérimaire pour réduire les risques à la prise de poste. La branche a également

élaboré un projet national de formation des employeurs et des instances représentatives du personnel à leur démarche de prévention des risques. Des référentiels nationaux de compétences ont été élaborés.

Lors des auditions qu'il a conduites, votre rapporteur a pu s'assurer que logique de prévention des risques professionnels allait devenir la première priorité. À cette fin, il faudra mieux utiliser les outils existants et mieux coordonner les différents intervenants en prévention des risques professionnels et protection de la santé au travail.

b) Le renforcement des liens avec les services relevant du ministère du travail

Votre rapporteur se félicite que le ministre du travail ait donné congé à une conception du travail purement quantitative, variable d'ajustement de l'activité économique. La véritable lutte contre le chômage passe en effet par une approche du travail comme composante fondamentale de la citoyenneté, de la dignité et donc de la santé de nos concitoyens. On ne saurait opposer l'emploi d'une part, le respect par les employeurs des prescriptions en matière de santé au travail d'autre part. L'État doit continuer, au plan national et à l'échelon régional, de renforcer ses moyens d'encadrement des services de santé au travail et d'intervention directe au sein des entreprises par les inspecteurs et contrôleurs du travail.

La diminution des risques professionnels exige en premier lieu le respect par les employeurs des prescriptions édictées dans le code du travail. **L'inspection du travail** est chargée de veiller à ce que les employeurs ne méconnaissent pas ces dispositions. Sur les 191 500 visites de contrôle réalisées en 2011, 67 % ont porté sur le respect des règles en matière de santé et de sécurité au travail. Leur taux d'impact est mesuré par le nombre de contre-visites qui n'ont pas donné lieu à de nouvelles observations en matière d'évaluation des risques professionnels. Or ce taux est en baisse depuis cinq ans, de 42 % à 29 % selon l'indicateur 1-4 du programme de qualité et d'efficacité annexé au projet de loi de financement. Ceci ne s'explique pas par un ciblage sur les plus récalcitrants. Les moyens des équipes et leur dimension pluridisciplinaires doivent être renforcés.

L'efficacité des contrôles de l'inspection du travail vise à garantir que les travailleurs sont bien informés des risques auxquels ils sont exposés. Pour mémoire, le fait pour l'employeur de ne pas retranscrire ou de ne pas mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques devant figurer au document unique des risques professionnels est passible de l'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe. Votre rapporteur estime que la présence dans l'entreprise d'institutions représentatives du personnel bien implantées est également une des principales garanties de qualité de l'information du salarié en matière de risques professionnels.

La mise en œuvre et l'approfondissement de la réforme des **services de santé au travail** animés par les **médecins du travail** est un des grands enjeux des prochaines années.

Il faut préserver les grands principes sur lesquels repose l'organisation française du système de santé au travail : l'universalité, la médecine du travail devant s'adresser à l'ensemble des travailleurs ; la spécialisation et l'indépendance professionnelle; la vocation exclusivement préventive. Le rôle de diagnostic des risques professionnels est une activité d'expertise et de conseil aux acteurs de l'entreprise. Elle se différencie de l'évaluation *a priori* des risques professionnels, qui est une obligation légale de l'employeur qui engage sa responsabilité.

Les services de santé au travail sont des atouts ; le médecin du travail est l'acteur de prévention le plus présent dans les entreprises, parfois le seul dans les plus petites d'entre elles. Dans les entreprises dotées d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, il participe, de plein droit, à ses réunions. La médecine du travail représente la première des dépenses de prévention en matière de santé au travail : 1, 537 milliard d'euros en 2011.

Mais pour répondre aux défis démographiques et organisationnels, il convient de renforcer la pluridisciplinarité. Ce principe a été établi par la loi du 20 juillet 2011, mais l'art réside entièrement dans sa mise en œuvre de longue haleine.

Dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe doit rassembler des médecins du travail, des infirmiers, des intervenants en prévention des risques professionnels et des assistants des services de santé au travail. Dans l'entreprise ou dans les services autonomes de santé au travail, le médecin du travail doit agir en collaboration avec les services chargés des activités de protection des salariés et de prévention des risques professionnels. Le médecin du travail dispose ainsi de nouvelles ressources pour établir le diagnostic des risques et alerter l'employeur.

De même, le lien avec les intervenants de la branche est désormais formalisé par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Le dialogue avec les médecins conseils des caisses primaires d'assurance maladie est crucial pour mieux reconnaître et mieux prévenir les maladies professionnelles.

Les examens médicaux d'embauche ou périodiques permettant d'assurer le suivi individuel de l'état de santé des salariés mais doivent être mieux adaptés aux besoins véritables et aux connaissances scientifiques. Il en va de la pertinence du nouveau dossier médical de santé au travail. Il ne faut par ailleurs pas négliger la fonction « d'écoute » des salariés, dont l'importance augmente dans un contexte de mutation et d'intensification du travail et de plus grande mobilité des parcours professionnels.

Enfin le plan « Santé au travail » 2010-2014 a défini des axes prioritaires de recherche, de prévention, d'accompagnement des petites et moyennes

entreprises et de coordination des différents intervenants. Votre rapporteur juge pertinent le ciblage effectué par ce plan sur des secteurs d'activité particulièrement « accidentogènes », (bâtiment et génie civil, secteur agricole et forestier, secteur des services à la personne), sur des risques précis (chimiques, musculo-squelettiques, psychosociaux et émergents) et sur des publics plus vulnérables (*seniors*, nouveaux embauchés, saisonniers) ou pour lesquels il existe une marge de progrès (fonctions publiques, travailleurs indépendants). Si ces orientations doivent être maintenues, votre rapporteur ne saurait se satisfaire d'une simple coordination à moyens constants qui dépendrait entièrement du niveau de qualité du dialogue social au sein de chaque branche ou de chaque entreprise.

c) La situation originale du régime agricole

De façon originale, le régime agricole intègre à la fois la médecine du travail et la prévention des risques professionnels. Dans la Mutualité sociale agricole (MSA), des équipes pluridisciplinaires associent les compétences administratives, médicales et de prévention. Les 350 médecins du travail et les 280 conseillers en prévention relèvent de la même organisation. Si l'activité des services de ce régime spécifique ne saurait être directement plaquée sur le régime général et l'ensemble de la médecine du travail, notamment du fait de la différence d'échelles, votre rapporteur estime que des enseignements utiles peuvent en être retirés sur les coopérations à établir entre services de santé au travail d'une part et prévention des risques par le régime AT-MP d'autre part.

Enfin, pour la période 2011-2015, le quatrième plan « Santé-sécurité au travail en agriculture », qui concerne tous les actifs agricoles, exploitants, salariés ou employeurs, a défini des priorités qui répondent aux préoccupations de votre rapporteur en matière de prise en compte des nouveaux risques professionnels : ainsi des risques psychosociaux, du risque routier, et des très petites entreprises. La priorité est par ailleurs maintenue pour les risques spécifiques au monde agricole : le machinisme, les zoonoses et les produits phytosanitaires. L'accompagnement est décliné par filières et des publics particuliers sont ciblés : les nouveaux installés, les saisonniers, les acteurs de prévention en grandes entreprises, les travailleurs vieillissants, ainsi que l'enseignement agricole.

III.- LES MESURES NOUVELLES DU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT POUR 2013

A. UN OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE ENGAGÉ ET COHÉRENT

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit une hausse du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 2,7 % pour 2013, correspondant à 4,6 milliards d'euros de dépenses supplémentaires. Alors que l'évolution tendancielle de l'ONDAM est estimée à + 4,1 %, la fixation d'un taux à + 2,7 % témoigne de l'engagement du Gouvernement à réduire les déficits tout en préservant notre système de santé et en l'orientant résolument vers une amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients. Au sein de l'ONDAM, on notera également la progression strictement équilibrée des dépenses relatives aux soins de ville et aux établissements de santé à + 2,6 %.

Il s'agit donc d'un ONDAM cohérent avec l'objectif de retour à l'équilibre des comptes publics et engagé en faveur d'une rénovation de notre système de santé.

Le respect de l'ONDAM en 2013 nécessitera néanmoins un engagement fort de l'ensemble des professionnels et établissements de santé à prodiguer des soins de qualité à coûts optimisés, de nouvelles mesures d'économies s'avérant indispensables pour contenir l'évolution des dépenses, nonobstant les hausses de recettes prévues par le projet de loi de financement.

La construction de l'ONDAM intègre donc un plan de maîtrise des dépenses à hauteur de 2,4 milliards d'euros dont 2,1 milliards d'euros pour le régime général, reposant sur une meilleure organisation du système de santé.

Dans le domaine des soins de ville, les mesures d'économie porteront principalement sur les produits de santé, *via* des baisses de prix des médicaments et des dispositifs médicaux, une meilleure maîtrise des prescriptions et une amélioration des pratiques (mise sous accord préalable de la prescription de certains médicaments, développement des contrats de bon usage des médicaments). Elles s'appuieront également sur des mesures d'efficience portant sur certains professionnels de santé libéraux (baisses tarifaires pour certaines spécialités médicales et pour la biologie, limitation des dépenses de transport de patients). L'économie attendue est chiffrée à 1,76 milliard d'euros.

S'agissant des établissements de santé, une économie de 657 millions d'euros est escomptée, reposant à la fois sur une amélioration de la pertinence des actes et du recours à l'hospitalisation, sur des gains d'efficacité dans l'organisation interne des établissements (rationalisation des achats hospitaliers, réforme du fonctionnement des pharmacies à usage intérieur) et sur une meilleure maîtrise des

prescriptions hospitalières ainsi que sur des baisses tarifaires, en particulier dans le cadre de la liste en sus.

B. LES MESURES VISANT À AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SOINS

1. La permanence des soins (article 37)

L'article 37 du présent projet de loi vise à améliorer le dispositif actuel de permanence des soins, reconnu par l'article L. 6314-1 du code de la santé publique comme un service public.

Au regard de son coût (371 millions d'euros en 2010) la permanence des soins manque encore d'efficacité. Plus particulièrement, son mode de rémunération, basé sur la rémunération à l'acte, sur des majorations conventionnelles et des forfaits modulables versés par l'agence régionale de santé, est encore perfectible au regard du service rendu à la population.

Deux mesures du présent projet de loi posent les bases d'une amélioration du dispositif actuel :

– le prolongement de l'expérimentation lancée en 2008, visant à étendre le pouvoir de modulation de la rémunération de la permanence des soins par les agences régionales de santé, en fonction des contraintes géographiques, des besoins de la population et des sujétions particulières des professionnels. Si l'évaluation des expérimentations en cours s'avère positive, elles pourraient être généralisées début 2016 ;

– la participation des médecins exerçant en centres de santé à la permanence des soins, afin de répondre à la difficulté actuelle de trouver des médecins volontaires. Sur ce point, il conviendra de s'assurer que le dispositif voté est suffisamment attractif. Si les médecins des centres de santé sont rémunérés à l'acte au titre de la permanence des soins, il existe un risque que le poids du paiement des cotisations sociales ne les dissuade de participer. À ce titre, il pourrait être envisagé que les professionnels perçoivent un forfait majoré transitant par le centre dans lequel ils exercent.

2. Le transport des patients (article 38)

Les transports sanitaires représentent aujourd'hui près de 5 % des dépenses de soins de ville. Or, leur régulation est aujourd'hui déficiente, tant en termes d'organisation que de modalités de remboursement, parfois peu claires, et peu contrôlées.

L'article 38 propose, pour rendre le système actuel plus efficace, de confier, dans le cadre d'une expérimentation d'une durée de trois ans, soit à une caisse primaire d'assurance maladie, soit à une agence régionale de santé, soit à un établissement, l'organisation territoriale de l'offre de transport à des coûts plus

réduits, dans le cadre d'une procédure d'appel d'offres obéissant au code des marchés publics.

Votre rapporteur estime sur ce point qu'une organisation plus efficiente des transports peut être bénéfique pour tous : les patients pour lesquels les délais d'attente devraient être raccourcis, les transporteurs, qui tireront les fruits d'un meilleur taux d'occupation des véhicules, et les établissements, qui pourront réaffecter à d'autres dépenses les marges de manœuvres financières ainsi dégagées.

Cependant, il faut éviter que la procédure d'appels d'offres ne se traduise par une concentration brutale des entreprises de transport qui nuirait aux petites structures et pourrait affecter la prise en charge des patients. Il convient donc que les futurs appels d'offre puissent, le cas échéant, être organisés à un niveau infra-départemental.

3. La lutte contre les déserts médicaux

a) Les praticiens territoriaux de médecine générale (article 40)

La lutte contre les inégalités territoriales face aux soins doit être une priorité de cette législature. Tous les outils dont nous disposons aujourd'hui doivent être mobilisés au service du renforcement des soins de premiers recours dans les zones, rurales et urbaines, où dans les années à venir un grand nombre de médecins cesseront leur activité.

La création de 200 postes de praticiens territoriaux de médecine générale est la première d'une série de mesure visant à renforcer l'exercice libéral dans les zones sous dotées. Ce contrat de deux ans en moyenne, se traduisant par un surcroît de rémunération, s'adresse aux jeunes médecins n'ayant pas les moyens ou l'envie de s'installer après le passage de leur diplôme.

Pour donner sa pleine mesure à cette disposition, la Commission a fait le choix de l'étendre aux médecins remplaçants de plein exercice et aux assistants des hôpitaux exerçant à mi-temps.

b) Les propositions de votre commission en faveur de la médecine salariée

Dans un contexte où l'exercice libéral de la médecine n'est plus suffisamment attractif pour permettre la relève des générations, votre rapporteur a la conviction que le développement de la médecine salariée, sous différentes modalités, peut être une réponse aux déserts médicaux. Cette nouvelle forme d'exercice de la médecine doit être à la fois plus sécurisante pour les professionnels et plus souple dans son organisation, et s'appuyer sur d'avantage de transversalité entre le monde hospitalier et la médecine ambulatoire.

C'est la raison pour laquelle il a proposé à la Commission, qui l'a adoptée, un amendement dont le dispositif vise à permettre à des praticiens hospitaliers ou à des médecins salariés d'exercer en ambulatoire, en dehors de leurs établissements. Ce dispositif, qui a vocation à s'insérer dans l'article 40, prévoit la signature de conventions entre les agences régionales de santé et des établissements hospitaliers, des centres de santé ou des organismes mutualistes, organisant la mise à disposition de praticiens hospitaliers et de médecins salariés auprès de structures ou de professionnels de santé implantés dans les zones sous-dotées d'un territoire. Ces médecins pourraient ainsi exercer, par exemple, dans des maisons de santé pluridisciplinaires, afin de mieux répondre aux besoins de la population et éviter par la même des recours inutiles à l'hôpital.

4. Une meilleure prise en charge des patients

a) L'expérimentation de parcours de santé (article 41)

L'article 41 met pour la première fois en œuvre une expérimentation de parcours de santé avec un système de tarification spécifique pour toutes les personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Conformément aux recommandations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, l'objectif poursuivi ici est d'adapter les prises en charge de ces patients afin qu'elles se construisent dans la durée et ne soient pas le résultat d'une multiplicité d'interventions fragmentées dans différents secteurs (ville, hôpital, social, médico-social). Cette expérimentation fera donc participer, autour des agences régionales de santé et de l'assurance maladie, l'ensemble des intervenants sur ces parcours (professionnels de santé, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, collectivités territoriales et, le cas échéant, organismes d'assurance maladie complémentaire) ; une évaluation sera produite dans un délai de deux ans en liaison avec la Haute Autorité de santé en vue d'une éventuelle extension du dispositif.

Votre commission approuve cet article qu'elle a en outre complété afin de faire en sorte que les services médico-sociaux soient bien partie prenante de ces expérimentations (services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, services polyvalents d'aide et de soins à domicile).

b) La nécessaire clarification du projet de dossier médical personnel

Le dossier médical personnel (DMP) a été créé par la loi du 13 août 2004, complétée par la loi « HPST » pour « *favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gage d'un bon niveau de santé* ».

Il s'agit d'un dossier informatisé, sécurisé et facultatif proposé aux bénéficiaires de l'assurance maladie (sans lien avec le remboursement des soins). Il est créé par les professionnels de santé à la demande de son titulaire et contient les informations personnelles de santé nécessaires au suivi et à la coordination des soins.

Il est financé par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQS) et mis en œuvre sous la responsabilité de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP).

Son déploiement est quantitativement et surtout qualitativement insatisfaisant, en l'absence d'un développement significatif des usages. Il souffre principalement d'un manque d'adhésion des médecins, qui ne perçoivent pas clairement sa fonction et son utilité pour leur pratique.

Par ailleurs, il connaît une défaillance de pilotage consistant notamment en d'importants retards et lacunes d'organisation. Enfin, il n'en existe pas de suivi financier précis et il apparaît impossible de consolider le montant des fonds publics considérables lui étant consacrés.

La Commission a en conséquence adopté un amendement prévoyant la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement, au plus tard au 31 mars 2013, s'appuyant sur les études récentes publiées sur le sujet, produisant les résultats d'un audit sur le pilotage et le caractère opérationnel du DMP, et en tirant les conséquences quant à l'avenir du projet.

c) L'interruption volontaire de grossesse prise en charge à 100 % (article 43)

Les femmes qui désirent interrompre une grossesse non désirée ont le droit d'être prises en charge : la mise en œuvre du droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) correspond à une obligation de service public.

L'assurance maladie prend actuellement en charge à 100 % les IVG pour les assurées mineures et entre 70 % (en ville) et 80 % des frais (en établissement de santé) pour les assurées majeures.

Il convient donc d'une part de diminuer le reste à charge et d'autre part de rééquilibrer le remboursement des IVG pratiqués en ville et à l'hôpital pour mieux valoriser les premiers.

C'est ce que propose l'article 43 du présent projet de loi, en supprimant toute participation des femmes qui souhaitent pratiquer une interruption volontaire de grossesse.

d) L'amélioration de la protection sociale des personnes détenues (article 51)

L'article 51 du présent projet de loi vise à améliorer la prise en charge des personnes détenues.

Pour cela, outre les personnes soumises au régime du placement à l'extérieur et de la semi-liberté les personnes placées sous le régime des permissions de sortir et des autorisations de sortie sous escorte, du placement sous surveillance électronique, et de la surveillance électronique de fin de peine seront

affiliés au régime général, lorsqu'elle n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité.

Par ailleurs, afin d'éviter le système actuel qui tend à la double facturation des actes, il est prévu que les soins dispensés aux personnes détenues, soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé, seront financés non plus par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), mais selon les modalités de droit commun. Les dotations MIGAC intervenant en complément de ces tarifs pour couvrir les surcoûts observés par rapport aux patients de droit commun.

e) La création d'indemnités journalières et l'unification du régime d'assurance maladie des exploitants agricoles proposée par votre commission (article 56)

Afin d'assurer une meilleure protection face à la maladie et aux accidents privés, l'article 56 du présent projet de loi prévoit le versement d'indemnités journalières maladie en cas de maladie privée pour tous les non-salariés agricoles du régime de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Le choix a été fait d'instaurer une cotisation et des prestations forfaitaires, par parallélisme avec le régime applicables aux accidents du travail et maladies professionnelles. Ce système permet également de couvrir tous les membres de l'exploitation pour une cotisation minimale.

Cet article a le mérite de créer une couverture qui n'existait pas. Il demandera peut être à être amélioré, mais s'il s'agit de mieux couvrir les petits exploitants, il semblerait judicieux de créer un dispositif peu onéreux de remplacement en cas d'accident pour les chefs des petites exploitations.

Par ailleurs, la Commission a adopté un amendement visant à confier l'intégralité du régime d'assurance maladie, invalidité, maternité (AMEXA) à la MSA, dans une logique de rationalisation des coûts et de la gestion, ce qui n'empêchera les organismes mutualistes et les assureurs de proposer des produits d'assurance complémentaire.

5. Un financement indépendant pour les associations de patients et la formation continue des médecins

La Commission a adopté un amendement visant en premier lieu à prolonger la majoration du taux de la contribution due au titre du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques mise en place en 2012 jusqu'en 2016.

Le principe de cette majoration, adopté en loi de financement pour 2012, est destiné à financer la formation continue des médecins. Le financement de la formation professionnelle continue des médecins hospitaliers et libéraux était en

effet largement dominé par l'industrie pharmaceutique, pour un montant annuel estimé entre 400 à 600 millions d'euros. Le législateur a donc souhaité à la fois réinvestir ce champ et responsabiliser les entreprises, en haussant la contribution sur le chiffre d'affaires des produits pharmaceutiques.

Il est ici proposé de prolonger cette majoration jusqu'en 2016, afin de ne pas fragiliser le dispositif de formation continue des professions médicales, enjeu majeure de l'amélioration de notre système de santé publique.

Il est, en outre, proposé de procéder à une majoration à la marge de ce taux, dont le produit pourra être destiné, *via* la création d'un Fonds national de la démocratie sanitaire, à assurer un financement indépendant des associations de patients, aujourd'hui largement dépendantes de l'industrie pharmaceutique. Le rapport de la Haute Autorité de santé de 2011 portant sur les aides versées au titre de l'année 2010 chiffre celles-ci à près de 5 millions d'euros. Il s'agit ainsi de renforcer la démocratie sanitaire, en assurant un financement pérenne aux représentants des patients, tout en renforçant leur légitimité.

B. LES MESURES RELATIVES AUX SOINS DE VILLE

1. Les nouveaux modes de rémunération visant à encourager le travail en équipe autour du patient (article 37)

Si le paiement à l'acte demeure le fondement de la rémunération des professionnels de santé, il ne correspond pas toujours aux aspirations de ceux-ci. Il n'est pas adapté au travail en équipe, ne permet pas de valoriser la coordination, la prévention ou l'éducation thérapeutique, ou le suivi au long cours des patients atteints de pathologies chroniques, alors même qu'il s'agit de l'avenir de notre système de soin.

Pour remédier à cette situation, l'article 37 du présent projet de loi ajoute aux nouveaux modes de rémunération mis en place à partir de 2008 une rémunération spécifique portant sur le travail de coordination en équipe autour du malade. Cette rémunération aura vocation à financer des structures, mais aussi des équipes plus légères de professionnels, de la manière la plus souple et adaptée possible (rémunération variable en fonction d'objectifs de santé publique et de services rendus à la population, mais aussi financement de secrétaires administratifs, de formations).

2. La suppression de l'option de coordination renforcée (article 42)

La question de la maîtrise des dépassements et le développement de l'offre à tarif opposable est une préoccupation majeure de la majorité. Ces dépassements entraînent une inadmissible inégalité sociale et géographique face aux soins.

Le Gouvernement précédent, par la mise en place du « secteur optionnel », avait apporté une réponse insatisfaisante à la problématique des dépassements

d'honoraires, qui n'avait d'ailleurs jamais été appliquée. L'article 42 procède à sa suppression.

Depuis juillet dernier, des négociations sont en cours entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), les organismes complémentaires et les représentants des professionnels médicaux, pour parvenir à une solution équitable pour les professionnels et limitant le reste à charge des patients. En cas d'échec, des mesures législatives seront proposées.

C. LES MESURES RELATIVES AU MÉDICAMENT

1. L'encadrement de la publicité pour les médicaments et dispositifs médicaux

a) Renforcement du contrôle de la publicité pour les médicaments et dispositifs médicaux (article 42)

L'article 44 vise à renforcer le contrôle de la publicité pour les médicaments et dispositifs médicaux.

Il vient d'une part, préciser que la publicité pour un médicament est possible à conditions que sa dénomination ne soit pas une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes d'assurance maladie, y compris une reprise partielle. D'autre part, il propose d'interdire la publicité pour des dispositifs médicaux qui entraîneraient des coûts importants pour les finances sociales.

b) Clarification de l'assiette de la taxe sur la promotion pour les médicaments

En outre, la Commission a adopté un amendement qui vise à clarifier l'état du droit en matière de contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux.

Actuellement, sont incluses dans l'assiette seules les dépenses qui mentionnent une spécialité remboursable. Cette rédaction ne permet pas de freiner des dépenses de promotion, qui en ciblant une pathologie ou une problématique de santé, poursuivent le même objectif même sans mentionner le nom de la spécialité.

Aussi, il est proposé de considérer que, par principe, les dépenses de promotion qui ne mentionnent pas explicitement une spécialité non remboursable entrent dans l'assiette de la contribution.

En outre, cet amendement est venu clarifier le statut des dépenses de promotion sous-traitées en affirmant qu'elles sont intégrées dans l'assiette à hauteur du montant hors taxes facturé. Il ne serait à l'évidence pas cohérent de procéder différemment au regard de l'objectif poursuivi.

2. La régulation des prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (article 45)

L'article 45 vise à étendre la possibilité d'élaborer, à titre exceptionnel, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication. Il précise en outre les conditions de remboursement des patients traités au moyen de ces spécialités.

Certains laboratoires pharmaceutiques refusent aujourd'hui de demander une extension d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament dont l'efficacité est prouvée et le prix réduit. Cette stratégie permet à d'autres entreprises, avec lesquels ils seraient liés par des accords commerciaux, de conserver le monopole du traitement de la même pathologie par un autre médicament, beaucoup plus cher et remboursé par l'assurance maladie.

Ce type de pratique sera désormais rendu impossible grâce à l'élaboration par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) d'une recommandation temporaire d'utilisation qui tiendra compte, désormais, non seulement de l'efficacité du traitement pour les patients, mais aussi de son impact sur les comptes de l'assurance maladie.

3. La régulation de la visite médicale dans les établissements de santé (article 46)

L'article 46 vise à renforcer les dispositions législatives encadrant les activités de promotion du médicament par démarchage ou prospection auprès des professionnels de santé, en prévoyant que les visites médicales à l'hôpital doivent avoir lieu dans un cadre collectif. Cet article s'inscrit dans la continuité des dispositions de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament, qui organisait une expérimentation du même type mais selon des modalités telles que le dispositif n'a jamais été mis en œuvre. L'objectif poursuivi est de contribuer à une plus grande maîtrise des prescriptions hospitalières, en particulier des prescriptions hospitalières exécutées en ville. C'est en effet sur ces dernières que se concentrent les principaux enjeux financiers (4 milliards d'euros en 2011, en hausse de 4,5 %).

C'est la raison pour laquelle votre commission a souhaité recentrer le champ de la mesure sur les médicaments à prescription hospitalière exécutées en ville, tout en continuant à autoriser les visites individuelles de délégués médicaux pour les autres médicaments.

4. L'externalisation des fonctions de stockage des pharmacies à usage intérieur (article 50)

L'article 50 vise à rendre possible l'externalisation des fonctions de stockage qui incombent actuellement aux pharmacies à usage intérieur (PUI) des

établissements de santé. Afin de préserver la sécurité du circuit du médicament, cette possibilité sera strictement encadrée et fera l'objet d'une autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de santé. Seuls des dépositaires pourront ainsi être amenés à stocker des produits de santé pour le compte d'une pharmacie à usage intérieur ; les produits de santé sensibles seront exclus de la mesure qui concernera principalement les produits de gros volume ; la délégation de tâche concernera exclusivement le stockage, la détention et l'approvisionnement, elle ne s'étendra à la distribution (préparation et dispensation aux patients).

Aujourd'hui, de nombreuses pharmacies à usage intérieur se plaignent des conditions dans lesquelles elles sont contraintes de stocker leurs médicaments, notamment pour des raisons de vétusté des locaux. Ce dispositif poursuit donc un double objectif, pratique et financier, le but étant également de diminuer les charges logistiques de gestion des stocks et de pouvoir réaffecter le personnel sur des tâches directement liées aux soins.

D. LES MESURES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Un premier pas en direction d'une réforme de la tarification à l'activité

a) L'abrogation de la convergence intersectorielle (article 47)

L'article 47 met fin au processus de convergence visant à rapprocher les tarifs des prestations réalisées dans les secteurs public (établissements publics et privés non lucratifs) et privé, mis en œuvre lors de l'instauration de la tarification à l'activité (T2A). Ce processus reposait en effet sur une idéologie selon laquelle les différences en termes d'activités et de charges existant à l'intérieur de notre système de soins entre ces deux secteurs pouvaient être éradiquées par le biais d'une objectivation complète des coûts et d'une allocation neutre des ressources. La mise en œuvre de ce processus ces sept dernières années a prouvé que non.

Votre Commission soutient cette mesure de suppression prise dans l'attente d'une réforme globale du financement des établissements de santé en lien avec le rétablissement dans la loi de la notion de service public hospitalier. Dans cette perspective, elle a adopté, sur proposition de votre rapporteur, un amendement de coordination fixant à 2016 la date butoir des dispositions transitoires applicables aux établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (ex PSPH) prévues par la loi « HPST ».

b) Le report de plusieurs réformes liées à la tarification à l'activité (article 49)

L'article 49 vise à repousser l'application de plusieurs réformes liées à l'instauration de la T2A, pour des raisons à la fois techniques et d'opportunité. S'agissant du passage à la facturation directe, l'article prévoit une mise en œuvre

progressive, qui débutera dès l'année prochaine, mais sera étalée dans le temps afin de tenir compte de la taille et de la catégorie des établissements. Concernant le ticket modérateur, le report du délai fixé par la loi de financement pour 2009 est lié, d'une part, à la nécessité préalable de mettre en place la facturation individuelle et, d'autre part, à la volonté du Gouvernement d'inscrire cette question dans une réflexion plus large sur la rationalisation de l'ensemble des modalités de participation des assurés aux soins dans les établissements de santé. Enfin, pour les ex-hôpitaux locaux, le report apparaît également conforme à la volonté du Gouvernement de remettre à plat le financement des établissements de santé afin qu'il ne soit pas uniquement axé sur l'activité mais qu'il prenne également en compte l'existence de charges de service public spécifiques. Faire passer les ex-hôpitaux locaux à la T2A au 1^{er} mars 2013 n'aurait donc pas de sens.

2. La diversification du financement de la trésorerie des centres hospitaliers régionaux (article 48)

L'article 48 prévoit une modification du code monétaire et financier afin d'autoriser certains établissements publics de santé à émettre des titres de créance négociable (TCN), plus précisément sous la forme de billets de trésorerie. Alors que les besoins de trésorerie non couverts des établissements de santé et des établissements médico-sociaux atteignaient, d'après une enquête la Fédération hospitalière de France, plus de 1 milliard d'euros en juillet, l'objectif est de diversifier leurs sources de financement à court terme. Seuls les plus gros établissements seront toutefois autorisés à émettre des billets de trésorerie en raison de la technicité de ces opérations et des montants nécessaires pour que celles-ci soient attractives.

Votre commission approuve cet article tout en insistant sur le caractère indispensable d'un « *pilotage resserré tant régional que national* » évoqué dans l'étude d'impact du projet de loi afin de garantir le bon usage de ce nouvel outil.

E. LES MESURES RELATIVES AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET AUX MALADIES PROFESSIONNELLES

1. La création d'une prestation d'aide à l'emploi d'une tierce personne (article 65)

Le projet de loi améliore la prise en compte de la situation individuelle de la victime d'un AT-MP lorsque son niveau d'incapacité permanente l'oblige, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à recourir à l'assistance d'une tierce personne. Il remplace le versement d'une majoration pour tierce personne par une nouvelle prestation complémentaire de recours à tierce personne. La majoration actuelle ne permet pas d'ajuster les montants accordés en fonction de besoins qui croissent avec le nombre d'actes de la vie ordinaire que la personne ne peut pas effectuer seule. Le degré de perte d'autonomie de l'assuré sera désormais apprécié par le médecin-conseil selon une grille d'évaluation fixée par voie réglementaire.

La prestation sera modulée selon trois forfaits, avec un barème différencié qui permettra d'accorder cette indemnisation à des victimes qui ne perçoivent actuellement pas la majoration pour tierce personne. À terme, les montants consacrés par la branche AT-MP à cette nouvelle prestation s'élèveront au double de l'effort actuel. Le surcroît de dépense pour 2013 est estimé à 45 millions d'euros. Le projet de loi de financement répond ainsi à une demande unanime, et ancienne, des partenaires sociaux figurant dans l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007.

2. L'amélioration de la récupération des indemnités versées en cas de faute inexcusable de l'employeur (article 66)

Le projet de loi de financement lève deux obstacles pratiques à la récupération, par les caisses de sécurité sociale, des indemnités supplémentaires de la victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle dus à une faute inexcusable de l'employeur. Lorsque juge de la sécurité sociale s'est prononcé en ce sens, la caisse verse directement à la victime une majoration du capital ou de la rente, indemnise forfaitairement des préjudices limitativement énumérés et indemnise intégralement l'ensemble des préjudices non couverts par le code de la sécurité sociale. Elle se retourne ensuite contre l'employeur en lui imposant une cotisation supplémentaire spécifique qui pose d'importants problèmes de recouvrement. L'article 66 permet de récupérer les sommes sous forme de capital représentatif des indemnités. En conséquence, l'effet incitatif sur la prévention sera renforcé. Le projet de loi circonscrit également la portée de l'inopposabilité de l'AT-MP à l'employeur qui sanctionne certaines erreurs de procédure commises par les caisses au stade de la reconnaissance de l'origine professionnelle du sinistre mais ne doit pas s'appliquer quand la faute inexcusable de l'employeur est reconnue.

Ces mesures constituent la première prise en compte, par le législateur, des avancées jurisprudentielles de ces dernières années qui permettent de mieux reconnaître la faute inexcusable de l'employeur et de mieux indemniser la victime.

3. L'égalité des conditions d'accès à la retraite pour l'ensemble des travailleurs de l'amiante (article 67)

Le législateur a voulu permettre aux travailleurs de l'amiante bénéficiaires d'une allocation anticipée de cessation d'activité de liquider l'ensemble de leurs pensions de retraite à 60 ans, s'ils ont une carrière complète. Mais les situations de nombreux travailleurs poly-pensionnés sont mal prises en compte par les textes existants. Le projet de loi règle ces situations afin de rétablir une situation d'égalité entre l'ensemble des salariés et anciens salariés d'établissements où l'amiante a été utilisée et qui relèvent à ce titre d'un dispositif de départ anticipé.

L'article 68 garantit par ailleurs, comme chaque année, le financement des deux fonds à destination des victimes de l'amiante. Le montant versé au Fonds

d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) lui permettra de continuer à réparer intégralement et rapidement l'ensemble les préjudices des personnes atteintes d'une maladie liée à l'amiante, ainsi que leurs ayant-droits. Le montant versé en 2013 lui permettra de ramener son fonds de roulement au niveau nécessaire. Le montant de la contribution de la branche AT-MP au financement du Fonds de cessation d'activité anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA) lui permettra d'apurer à terme sa dette envers la CNAMTS correspondant aux avances faites par cette dernière afin d'assurer les prestations du fonds.

EXAMEN DES ARTICLES RELATIFS À L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2012

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7

(art. 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012)

Déchéance des crédits du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Le présent article se propose de diminuer de 30 millions d'euros le montant de la dotation pour l'année 2012 des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), de 250 millions d'euros à 230 millions d'euros.

Il se propose également de diminuer de 46,94 millions d'euros le montant de la dotation pour l'année 2012 des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de 285,87 millions d'euros à 238,93 millions d'euros, en application des règles de déchéances annuelles et triennales établies à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

A. LA DÉCHÉANCE DES CRÉDITS DU FONDS D'INTERVENTION POUR LA QUALITÉ ET LA COORDINATION DES SOINS

1. Le rôle du fonds

Les missions et le fonctionnement de ce fonds, sont détaillés dans le commentaire de l'article 57 du présent projet.

2. La déchéance des crédits inutilisés du fonds

Éléments financiers concernant le FIQCS

(en millions d'euros)

Contribution de l'Assurance maladie	2009	2010	2011	2012 (p)	2013 (p)
Dotation au FIQCS	190	228	250	220	43
Consommation annuelle	231	255	270	110	65
Créances du fonds auprès de la Caisse des dépôts et consignations	99	72	52	162	140

Source : LFSS 2003-2012 - CCSS octobre 2012 - PLFSS 2013 - CNAMTS - ACOSS

En 2012, la loi de financement de la sécurité sociale n'avait pas procédé à la déchéance des crédits concernant les sommes prescrites au titre de l'année 2011.

La dotation pour 2012 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FIQCS, fixée par le I de l'article 81 de la loi de financement pour 2012, s'élevait à 250 millions d'euros.

Il a été décidé de ne pas dégeler les crédits mis en réserve en 2012 concernant le FIQCS pour un montant de 30 millions d'euros.

Le présent article, qui se propose de modifier le I de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et de déduire ainsi 30 millions d'euros de ce montant, vise à fixer la nouvelle dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour 2012 au financement du FIQCS à 220 millions d'euros. Le fonds de roulement du fonds devrait être fin 2012 de l'ordre de 30 millions.

B. LA DÉCHÉANCE DES CRÉDITS DU FONDS D'INTERVENTION POUR LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS

1. Le rôle du fonds

Les missions et le fonctionnement du Fonds sont détaillés dans le commentaire de l'article 57 du présent projet.

2. La déchéance des crédits inutilisés du Fonds

Le IV de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, modifié par l'article 61 de la loi de financement pour 2011, dispose que *« les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis »*.

Ainsi, selon cet article, une double procédure de déchéance peut s'appliquer aux crédits du FMESSP :

– une procédure de déchéance triennale pour les crédits qui ont bien été délégués par les agences régionales de santé, mais dont le paiement n'a cependant pas été demandé par les établissements de santé à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) ;

– une procédure de déchéance annuelle 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 FMESPP.

En outre, l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a complété cet alinéa en disposant que « *l'année de constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante* ».

Ces procédures de déchéance des crédits inutilisés s'expliquent par la sous-consommation régulière des crédits de la dotation allouée au FMESPP par les régimes obligatoires d'assurance maladie, et qui a permis au fonds de se constituer un important fond de roulement.

Éléments financiers concernant le FMESPP

(en millions d'euros)

Contribution de l'Assurance maladie	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (p)	2013 (p)
Dotation au FMESPP	450	470	405	327	376	201	190	264	348	239	370
<i>Dont participation CNAMTS</i>	383	401	346	279	328	176	166	234	308	211	327
Consommation annuelle	189	280	280	240	120	200	200	200	240	240	240
Créances du Fonds auprès de la CDC	111	232	298	337	545	521	487	520	588	560	647

Source : LFSS 2003-2012 - CCSS octobre 2012 - PLFSS 2013 - CNAMTS – ACOSS

Pour mémoire, l'article 6 de la loi de financement pour 2012, qui modifiait l'article 85 de la loi de financement pour 2011, avait déchu 57,981 millions d'euros, au titre d'une procédure de déchéance annuelle et triennale de la dotation de 2011 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP.

Aussi, selon l'article 88 précité de la loi de financement pour 2011, les sommes prescrites au titre de l'année 2011 doivent être déduites, en partie rectificative de la loi de financement pour 2012, du montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP pour l'année 2012. Cette dotation, fixée par le II l'article 81 de la loi de financement pour 2011, se montait à 285,87 millions d'euros.

Le présent article, qui se propose de modifier le II de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et de déduire ainsi 46,94 millions d'euros de ce montant, vise à fixer la nouvelle dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour 2012 au financement du FMESPP à 238,93 millions d'euros.

*

La Commission adopte l'article 7 sans modification.

Article 10

Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2012

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 fixer le montant et la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2012, en fonction des prévisions de dépenses réactualisées au vu des réalisations des premiers mois de l'année.

1. Les prévisions de dépenses réactualisées pour l'année 2012

Le rapport soumis à la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du 1^{er} octobre 2012 procède à une réactualisation des prévisions dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM et de chacun de ses sous-objectifs. Il apparaît à la lecture de ce rapport qu'en 2012, comme en 2011 et 2010, l'ONDAM sera respecté, avec une **dépense globale estimée à 170,8 milliards d'euros, soit une augmentation de 2,6 % par rapport à 2011.**

a) Une légère sous-réalisation de l'objectif global

Rappelons que l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a fixé l'ONDAM à 171,2 milliards d'euros, représentant une hausse de 2,8 % par rapport à 2011.

D'après le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2012, les dépenses d'assurance maladie se sont finalement élevées à 166,3 milliards d'euros en 2011, soit un écart de - 800 millions d'euros par rapport à l'objectif fixé dans la loi de financement. Cet écart se décompose en - 600 millions d'euros sur les soins de ville et - 200 millions d'euros sur les établissements de santé. Par rapport à 2010, la croissance des dépenses d'assurance maladie s'établit donc à 2,7 %, dont 2,5 % pour les soins de ville, 2,4 % pour les établissements de santé et 5,8 % pour le médico-social.

Alors que les prévisions de juillet présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale tablaient sur une stricte réalisation de l'ONDAM en 2012, il apparaît désormais que **les dépenses d'assurance maladie devraient être inférieures à l'objectif pour la troisième année consécutive.** Ainsi, sur l'ensemble des trois années 2010-2011-2012, la croissance des dépenses s'établirait en moyenne à 2,6 % par an contre 3,5 % sur les quatre années précédentes.

Cette révision à la baisse pour 2012, estimée à **350 millions d'euros**, découle à la fois du constat révisé pour 2011 présenté ci-dessus et de la prise en compte d'une tendance modérée des soins de ville sur la première moitié de l'année. Comme l'indique le tableau suivant, l'écart à l'objectif devrait porter intégralement sur les soins de ville, cette évolution reflétant, toujours d'après le rapport à la Commission des comptes, une décélération plus marquée que prévu des dépenses de produits de santé et d'indemnités journalières. A l'inverse, l'activité des hôpitaux présenterait une dynamique sensiblement plus forte que prévue.

Réalizations prévisionnelles dans le champ de l'ONDAM 2012

Prévision 2012 en milliards d'euros	Base 2012 réactualisée*	Prévision 2012	Taux d'évolution	Objectifs 2012 arrêtés	Écart à l'objectif arrêté
Soins de ville	76,7	78,5	2,4%	78,9	- 0,35
Établissements de santé	72,7	74,6	2,5%	74,6	0,00
Établissements et services médico-sociaux	15,8	16,5	4,1%	16,5	0,00
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	7,6	8,0	6,1 %	8,0	0,00
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,2	8,4	2,4%	8,4	0,00
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,1%	1,2	0,00
ONDAM TOTAL	166,4	170,8	2,6%	171,1	- 0,35

* Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. Les réalisations de 2011 (166,3 Md€) sont ramenées au champ de celles de 2012 en tenant compte des modifications de périmètre intervenues entre 2011 et 2012 (0,1 Md€).

Source : Annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

b) Des évolutions divergentes des différents sous-objectifs

- *Un ONDAM soins de ville inférieur à l'objectif*

Le rapport à la Commission des comptes estime que le ralentissement du rythme d'évolution des dépenses de soins de ville devrait conduire à une **prévision d'exécution de 350 millions d'euros inférieure au sous-objectif fixé par la loi de financement pour 2012.**

Cette évolution est d'autant plus notable que, comme le précise l'annexe 7 du présent projet de loi, l'estimation intègre en sus un élément nouveau qui n'était pas connu lors de la construction de l'ONDAM 2012 : le rattachement à l'exercice 2012, suite à une observation de la Cour des Comptes, de 280 millions d'euros de

dépenses liées à la rémunération à la performance des médecins prévue par la convention médicale de juillet 2011, qu'il était initialement prévu de rattacher à l'exercice 2013.

S'agissant de la consommation de soins de ville en 2012, le rapport à la Commission des comptes note une nette **décélération de la croissance des dépenses** du régime général qui ne devrait pas dépasser 1,7 % (+ 2,2 % en intégrant l'effet estimé du paiement à la performance sur les postes de dépenses relatifs aux médecins généralistes et spécialistes ainsi qu'aux pharmaciens). Si les honoraires paramédicaux et les transports de malades devraient connaître une évolution plutôt dynamique, la majorité des autres postes de dépenses devrait en revanche voir leur croissance ralentir dans diverses proportions (voir tableau ci-après). Les dépenses de médecins généralistes devraient même diminuer de 0,2 % (hors impact de la rémunération à la performance) après une hausse de 5,7 % en 2011.

Évolution des dépenses de soins de ville

(en millions d'euros)

Régime général	2010	2011	Évolution 2011/2010	Prévision 2012/2011
Soins de ville	60 325	61 844	2,5 %	1,7 %
Honoraires libéraux	28 073	29 028	3,4 %	3,1 %
<i>dont</i>				
Honoraires privés	15 899	16 393	3,1 %	1,4 %
<i>généralistes</i>	4 919	5 197	5,7 %	- 0,2 %
<i>spécialistes</i>	8 294	8 476	2,2 %	2,3 %
<i>sages-femmes</i>	129	138	7,4 %	9,8 %
<i>dentistes</i>	2 558	2 582	1,0 %	1,2 %
Honoraires paramédicaux	6 591	6 905	4,8 %	7,6 %
<i>infirmières</i>	3 639	3 858	6,0 %	9,9 %
<i>kinésithérapeutes</i>	2 461	2 531	2,8 %	4,7 %
<i>orthophonistes</i>	443	465	5,1 %	4,4 %
<i>orthoptistes</i>	48	50	4,4 %	4,3 %
Laboratoires	2 797	2 858	2,2 %	- 0,7 %
Transports de malades	2 786	2 871	3,1 %	5,6 %
Produits de santé	22 288	22 654	1,6 %	0,5 %
Médicaments	18 417	18 621	1,1 %	0,1 %
Dispositifs médicaux	3 871	4 033	4,2 %	2,3 %
Indemnités journalières	8 682	8 874	2,2 %	0,1 %

Source : calculs DSS, données CNAMTS France métropolitaine en date de soins à fin mai 2012.

On notera également une croissance contenue des prescriptions de produits de santé (augmentation estimée à 0,5 % des dépenses remboursées de médicaments et dispositifs médicaux, après +1,6 % en 2011) ainsi qu'un ralentissement des dépenses d'indemnités journalières (+0,1 % en 2012 contre +2,2 % en 2011).

- *Un dépassement de l'ONDAM hospitalier neutralisé*

Pour les établissements de santé, le montant total des dépenses au titre de l'année 2012 est estimé à 75 milliards d'euros, ce qui conduit le rapport à la Commission des comptes à prévoir un risque de **dépassement de l'ordre de 400 millions d'euros avant mesures correctrices**.

Toutefois, en application de la loi de programmation des finances publiques, au moins 0,3 % du montant de l'ONDAM fait l'objet d'une mise en réserve au début de l'exercice. Pour 2012, ce sont ainsi 545 millions d'euros qui ont été mis en réserve, dont 415 millions d'euros sur le champ des établissements de santé se répartissant comme suit :

- 390 millions d'euros pris sur les crédits affectés aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ainsi qu'à la dotation annuelle de financement (DAF) pour les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie ;

- 25 millions d'euros sur les crédits du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Concernant ce dernier, notons que l'article 7 du présent projet de loi prévoit également la diminution de sa dotation à hauteur de 46,94 millions d'euros, résultant de la déchéance des crédits du fonds prévue au 3^o du I de l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011⁽¹⁾. Ce montant, correspondant aux sommes prescrites en 2012⁽²⁾, est ainsi déduit de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FMESPP fixée à 285,87 millions d'euros pour l'année 2012.

Au total ce sont donc **437 millions d'euros de crédits non mobilisés** sur le champ des établissements de santé qui permettent à l'ONDAM hospitalier d'être respecté.

(1) « L'année de la constatation de la prescription, la totalité des sommes ainsi prescrites vient en diminution de la dotation de l'assurance maladie au fonds pour l'année en cours. Le montant de la dotation ainsi minoré est pris en compte en partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante ».

(2) *En vertu de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, ou d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis.*

Rappelons qu'en 2011 déjà, un dépassement avait été constaté sur les dépenses des établissements de santé, finalement plus que compensé par les annulations de crédits et la sous consommation d'autres postes de dépenses⁽¹⁾. Cet écart, estimé à 114 millions d'euros, portait presque intégralement sur les dépenses des établissements publics de santé financés par la tarification à l'activité (T2A) qui avaient dépassé de 245 millions d'euros le montant de dépenses attendu. L'annexe 7 du présent projet de loi souligne à cet égard que depuis 2009, **le volume « économique » des soins financés par la T2A⁽²⁾ se révèle régulièrement plus important que prévu**. Son augmentation était ainsi de 3,1 % en 2010 contre une hypothèse de + 1,7 % retenue dans la campagne tarifaire et elle est estimée à + 2,9 % en 2011 pour une hypothèse initiale de + 2,4 %.

- *Un ONDAM médico-social nécessairement respecté*

La contribution de l'assurance maladie au financement des établissements médico-sociaux étant versée dans le cadre d'une enveloppe fermée, l'ONDAM médico-social s'établit strictement au même niveau que l'objectif fixé en loi de financement, à hauteur de 16,5 milliards d'euros.

- *L'ONDAM « Autres prises en charge »*

Le montant du sixième sous-objectif relatif aux dépenses concernant les autres modes de prise en charge reste inchangé par rapport au montant adopté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, à 1,2 milliard d'euros. Il convient toutefois de noter que ce montant intègre la révision de la dotation au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) proposé à l'article 7 (non dégel des crédits mis en réserve en 2012 à hauteur de 30 millions d'euros).

2. La rectification de l'ONDAM pour l'année 2012

Pour tenir compte des observations présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale et exposées ci-dessus, le présent article propose de rectifier la ventilation de l'ONDAM pour 2012, conformément au tableau suivant. Cette rectification ne modifie pas le montant global de l'ONDAM.

(1) Une sous-consommation à hauteur de 240 millions d'euros a été finalement constatée sur le champ des établissements de santé se décomposant comme suit : -60 millions d'euros sur les établissements publics, -120 millions d'euros sur les établissements privés et -58 millions d'euros sur le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

(2) Notion qui traduit à la fois l'évolution du volume physique des séjours et celle de la structure d'activité, qu'elle soit induite par une augmentation de la lourdeur des cas traités ou par une amélioration de l'exhaustivité des informations médicales codées.

Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'ONDAM 2012

Prévision 2012 en milliards d'euros	Base 2012 réactualisée*	Prévision 2012	Taux d'évolution	Objectifs 2012 arrêtés	Écart à l'objectif arrêté
Soins de ville	76,7	78,5	2,4%	78,9	- 0,35
Établissements de santé	72,7	74 ,6	2,5%	74,6	0,00
Établissements et services médico-sociaux	15,8	16,5	4,1%	16,5	0,00
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	7,6	8,0	6,1 %	8,0	0,00
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,2	8,4	2,4%	8,4	0,00
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,1%	1,2	0,00
ONDAM TOTAL	166,4	170,8	2,6%	171,1	- 0,35

* Les taux d'évolution sont calculés à périmètre constant. Les réalisations de 2011 (166,3 Md€) sont ramenées au champ de celles de 2012 en tenant compte des modifications de périmètre intervenues entre 2011 et 2012 (0,1 Md€).

Source : Annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

*

La Commission adopte l'article 10 sans modification.

Elle adopte ensuite la deuxième partie du projet de loi.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2013

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Avant l'article 37

La Commission est saisie de l'amendement AS 114 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Dans notre pays, environ 5 millions de personnes bénéficient de la couverture maladie universelle, quand de nombreux travailleurs pauvres, aux revenus très modestes, ne bénéficient pas de cette gratuité des soins. Or 15 % des Français hésitent à se soigner pour des raisons financières.

Cet amendement propose donc que le Gouvernement présente un rapport au Parlement sur la mise en œuvre d'un bouclier sanitaire permettant de réduire les restes à charge supportés par les assurés sociaux.

M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'opposition nous avait plutôt habitués au bouclier fiscal !

La mise en place d'un bouclier sanitaire, qui conduirait à plafonner les dépenses annuelles non remboursées par l'assurance maladie, induirait un changement complet de notre modèle de prise en charge des dépenses de santé. Je ne suis pas sûr que vous en ayez mesuré toutes les conséquences, notamment pour les patients en affection de longue durée (ALD) qui verraient alors leurs dépenses non remboursées majorées de plus de 50 %. Selon le plafond qui serait choisi, cette mesure conduirait à privilégier les dépenses courantes ou les dépenses hospitalières, les dépenses limitées ou les dépenses occasionnelles. L'objectif de cet amendement – éviter des restes à charge trop élevés – est certes louable, mais ne saurait être atteint avec cet amendement. Avis défavorable.

M. Francis Vercamer. Cet amendement ne propose pas un dispositif, mais un rapport sur un bouclier sanitaire qui permettrait de diminuer le reste à charge de ceux de nos concitoyens qui n'ont pas les moyens de se soigner. Le Gouvernement pourrait ainsi présenter une étude à notre commission, qui pourrait ensuite statuer. Je reconnais que ce système entraînerait un changement d'échelle, mais il s'agit là d'un amendement de justice.

M. Jean-Pierre Door. Un rapport de la MECSS a porté sur ce sujet, tout comme le rapport Briet-Fragonard en 2007. L'Allemagne et la Belgique utilisent le bouclier sanitaire, et j'ai moi-même déposé une proposition de loi en ce sens. Je

pense que nous devrions aborder ce sujet très important à l'occasion d'une niche parlementaire, plutôt qu'au détour d'un amendement.

M. Christian Paul, rapporteur. Monsieur Vercamer, pour certains patients, la mise en place de ce dispositif aboutirait à recréer un effet de seuil : il y aurait des gagnants, mais aussi des perdants. La technique du bouclier n'est donc pas forcément appropriée dans ce domaine.

Monsieur Door, nous prenons très au sérieux la question du reste à charge. Elle sera pour nous une priorité tout au long de cette législature, contrairement aux années récentes qui ont vu la mise en place des franchises, des remboursements, et de la taxe sur les mutuelles qui s'est répercutée sur les adhérents.

Si la négociation souhaitée par le Gouvernement entre l'assurance maladie, les assurances complémentaires et les organisations représentatives de médecins sur les dépassements d'honoraires, dont le terme est fixé à minuit, n'aboutit pas, nous reprendrons le sujet à bras-le-corps, tant nous sommes persuadés que le reste à charge est beaucoup trop élevé pour de trop nombreux français, notamment à cause des dépassements d'honoraires. Un amendement voté hier relatif à l'amélioration de la couverture sociale des étudiants n'a d'ailleurs pas suscité votre désaccord.

La Commission rejette l'amendement AS 114.

Article 37

(art. L. 162-514 du code de la sécurité sociale ; art.44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008)

Amélioration de la permanence des soins

Le présent article vise à améliorer le dispositif de permanence des soins par la prolongation de l'expérimentation établie par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, et par une intégration des centres de santé au dispositif.

1. La permanence des soins

La permanence des soins recouvre l'offre des soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Il s'agit d'une **obligation collective reposant sur le volontariat des médecins**.

Il faut noter qu'un certain nombre de pays européens ont choisi un système plus régulé. Ainsi, en Allemagne ou en Belgique, tout médecin libéral est assujéti à la permanence des soins s'il relève de l'assurance maladie. En Italie, la permanence des soins est assurée par un corps médical dédié, constitué de jeunes médecins qui choisissent ce mode d'exercice pendant plusieurs années avant de s'installer. Les gardes font l'objet d'une rémunération supplémentaire. En Espagne, les médecins sous contrat de service public doivent assurer 50 heures de garde par semaine, dont 12 heures le week-end, soit dans leur cabinet, soit dans des centres d'accueil sans rendez-vous.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST ») ainsi que son décret d'application n° 2010-809 du 13 juillet 2010 ont érigé la permanence des soins en mission de service public et ont introduit de nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoire en confiant l'organisation du dispositif aux agences régionales de santé.

Jusqu'alors, les modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoires étaient organisées par les décrets n° 2003-880 du 15 septembre 2003 et n° 2005-328 du 7 avril 2005 et impliquaient essentiellement, les médecins conventionnés, les préfets et les conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Les rémunérations forfaitaires relatives à cette activité étaient par ailleurs négociées par les partenaires conventionnels et régies par la convention médicale.

Désormais, la permanence des soins ambulatoires n'est plus régie par les dispositions conventionnelles. Dès lors, tout médecin, conventionné ou non, peut s'inscrire sur le tableau de garde et être rémunéré par l'agence régionale de santé pour les régulations et astreintes qu'il effectue. Y participent aujourd'hui les cabinets médicaux, les centres, maisons et pôles de santé ; les médecins exerçant

dans les associations de permanence des soins, et, le cas échéant, tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique reconnue par une attestation du conseil départemental de l'ordre des médecins et ayant signé une convention avec l'agence régionale.

Les agences régionales de santé sont aujourd'hui chargées de réguler la permanence des soins ambulatoire. Elles définissent les modalités de son organisation dans le cadre des **cahiers des charges** prévus à l'article R. 6315-6 du code de la santé publique et, déterminent les montants des forfaits de régulation et d'astreinte, dans les limites définies par un arrêté du 20 avril 2011.

À ce jour, 17 agences ont publié leur cahier des charges et ont donc basculé dans la nouvelle organisation.

Il a été délégué aux agences une enveloppe qui comprend les forfaits d'astreinte et de régulation. Les majorations conventionnelles, attachées aux actes, restent dans le champ de la convention médicale.

Ainsi le directeur général de l'agence fixe, après concertation avec les syndicats de médecins, **des rémunérations forfaitaires qui peuvent varier**, dans la limite de l'enveloppe qui lui est déléguée et dans le respect des seuils fixés en fonction des contraintes géographiques et des sujétions, **en fonction des contraintes géographiques et des différentes sujétions attachées à l'exercice de la permanence des soins ambulatoire :**

– le forfait pour l'astreinte ne peut être inférieur à 150 euros pour douze heures maximum avec la possibilité pour les directeurs généraux de les moduler à loisir dans la limite de l'enveloppe dont ils disposent ;

– le forfait de régulation ne peut être inférieur à 70 euros par heure.

S'y ajoute la tarification des actes et leur majoration au titre de la permanence des soins, fixés par voie conventionnelle et versés, de même que les forfaits, par les caisses primaires d'assurance maladie, qui disposent d'ores et déjà des systèmes d'information nécessaires.

Le coût total de la permanence des soins s'est élevé à 371 millions d'euros en 2010, pour une moyenne de trois actes réalisés par astreinte, ce qui permet de s'interroger sur l'efficacité du dispositif au regard du service rendu aux patients. Il convient de poursuivre la réflexion sur l'amélioration des modalités de rémunération de la permanence des soins, et sur son organisation.

2. Le prolongement de l'expérimentation relative à la permanence des soins mise en place par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit la possibilité de mettre en place des expérimentations de permanence des soins

ambulatoire (PDSA) à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une durée de cinq ans maximum, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2013.

Cette habilitation prévoyait que les missions régionales de santé volontaires fixent, par dérogation aux dispositions conventionnelles fixées par la convention de 2005, le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins.

Comme le rappelle l'étude d'impact, les expérimentations avaient notamment pour objet de préparer le transfert de compétence entre la convention médicale et les futures agences régionales de santé concernant la permanence des soins.

Suite à un appel d'offre, deux régions ont été retenues : le Limousin et les Pays de la Loire.

En Limousin, l'expérimentation ne concerne que le seul département de Haute Vienne et la mission régionale de santé s'est vu confier une enveloppe de 2,4 millions d'euros correspondant au coût des forfaits de régulation et d'astreinte normalement définis par la convention médicale. L'agence régionale était donc chargée de définir une nouvelle organisation et de nouvelles rémunérations forfaitaires pour les médecins dans le cadre d'un cahier des charges départemental. Il était convenu que les médecins continuent à percevoir les actes et les majorations conventionnels payés par l'assurance maladie.

Les Pays de la Loire se sont vus confier une enveloppe annuelle plus importante de 16,3 millions d'euros afin de couvrir l'ensemble des dépenses de la permanence des soins (forfaits, actes et majoration) pour l'ensemble de son territoire.

Les deux expérimentations doivent prendre fin au 31 décembre 2012. Cependant, elles ont démarré respectivement en septembre 2010 pour le Limousin et avril 2011 pour les Pays de la Loire.

Selon l'étude d'impact, les agences régionales de santé ne disposent donc pas du recul nécessaire pour établir un bilan significatif de la nouvelle organisation mais disposent d'éléments très encourageants et suffisamment positifs pour justifier leur maintien.

Par conséquent, le **I** du présent article prévoit qu'au **II** de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, les mots : « *cinq ans* » sont remplacés par les mots : « *huit ans* ».

Le coût de la prorogation de l'expérimentation est évalué à 18,7 millions d'euros par an, jusqu'à fin 2015.

3. L'ouverture de la permanence des soins ambulatoire aux médecins salariés en centre de santé ou ayant conservé une pratique clinique

Tout médecin peut participer aujourd'hui à la permanence des soins.

Cependant, l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ne permet pas aux patients qui consultent un médecin salarié en centre de santé ou ayant conservé une pratique clinique d'être remboursés de la même façon que s'ils consultent un médecin retraité ou un médecin libéral non conventionné (de secteur 3 ou remplaçant en son nom propre).

Le **II** du présent article modifie par conséquent l'article L. 162-5-14 précité, pour préciser que les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par les médecins mentionnés au premier alinéa de cet article sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés.

Selon l'étude d'impact, cette mesure permettra aux agences régionales de santé qui ont des difficultés à trouver des médecins libéraux volontaires pour participer à la permanence des soins de pouvoir solliciter un nouveau vivier de médecins qui semblent désireux de participer à ce dispositif.

Le coût de cette mesure s'élèverait à 30 millions d'euros.

*

L'amendement AS 78 de M. Dominique TIAN n'est pas défendu.

La Commission adopte l'article 37 sans modification.

Article 38

Expérimentation relative à la régulation des transports sanitaires

Le présent article a pour objet de confier, dans le cadre d'une expérimentation d'une durée de trois ans, soit à une caisse primaire d'assurance maladie, soit à une agence régionale de santé, soit à un établissement, l'organisation territoriale de l'offre de transport à des coûts plus réduits, dans le cadre d'une procédure d'appel d'offres obéissant au code des marchés publics.

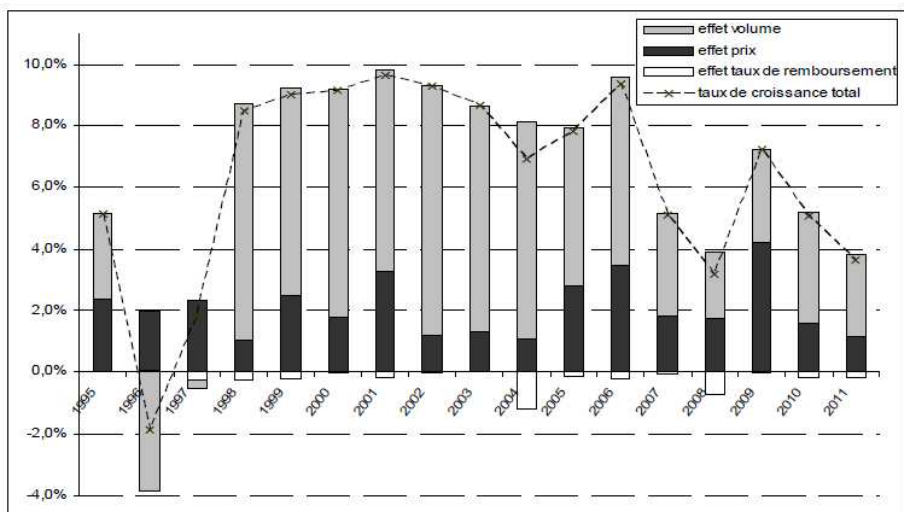
1. La forte croissance des dépenses de transport sanitaire nécessite un effort de régulation

En 2011, les dépenses au titre des remboursements de transports de malades se sont élevées à 3,6 milliards d'euros (dont 3 milliards d'euros pour le seul régime général). Ce poste de dépenses a représenté en 2011 près de 4,6 % du sous-objectif « soins de ville » pour le régime général (contre 3,4 % en 1994).

Si les transports n'ont pas représenté jusqu'à maintenant un enjeu majeur de la consommation de soins et bien médicaux, son dynamisme, lié aux dépenses de patients en affection de longue durée, au vieillissement de la population et au développement de l'hospitalisation mérite aujourd'hui une attention particulière.

Comme le note le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2012, la dépense globale a fortement augmenté de 1994 à 2011. Entre 1998 et 2006, ces dépenses ont augmenté de 8,7 % en moyenne annuelle contre + 5,8 % par an pour l'ensemble des soins de ville. Cette forte croissance a été portée par la progression des dépenses d'ambulances (+ 11,7 %) et de transports en taxis (+ 14,4 %) alors que les dépenses de véhicules sanitaires légers (VSL) ont augmenté modérément (+ 3 %). **La progression des dépenses de transport s'est infléchie en 2007 (+ 5,1 %) et en 2008 (+ 3,2 %), mais demeure plus dynamique que la moyenne de croissance des autres dépenses de soins de ville.**

Le dynamisme des dépenses s'explique par l'effet croisé de trois facteurs : le volume des actes prescrits, les tarifs et la structure des dépenses, comme le montre le tableau ci-dessous.



Le tableau présenté ci-dessous fait état du taux de croissance des dépenses en fonction de l'effet prix (dynamisé par les revalorisations tarifaires) et de l'effet volume (quasi-stabilisation).

Taux de croissance des dépenses remboursées en volume et en valeur

	1998	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Évolution en valeur	8,5 %	7,8 %	9,4 %	5,1 %	3,2 %	7,2 %	5,1 %	3,6 %
Évolution en volume	7,5 %	5,0 %	5,9 %	3,3 %	1,3 %	3,0 %	3,4 %	2,5 %

Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2012 – données mensuelles en date de soins de la CNAMTS.

Ainsi, de 1999 à 2006, plus des trois quarts de l'augmentation moyenne des dépenses s'expliquent par une hausse des volumes. Depuis 2007, la relative inflexion des dépenses est due à une baisse des volumes de prescription. Particulièrement, en 2007 et 2008, la mise en place d'un nouveau référentiel médical de prescription et d'accords d'initiatives locales, dans le cadre de la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville ont contribué au fort ralentissement de l'évolution en volume. La mise en place d'une franchise médicale en 2008 explique également la modération de la croissance des volumes.

À l'inverse, en 2005 et 2006, l'effet prix a augmenté du fait des revalorisations tarifaires importantes accordées aux professionnels du secteur ces années-là (+ 4 % en 2005 et + 2 % en 2006 pour les VSL et les ambulances). De la même manière, en 2009, les dépenses de transport ont été plus dynamiques. Leur progression s'est élevée à 7,2 % en valeur, soit deux fois plus que l'année précédente. Cette accélération est à rapprocher des revalorisations tarifaires dont ont bénéficié les professionnels du secteur.

Enfin, la structure des dépenses selon les différents moyens de transports s’est modifiée en faveur des modes de transports les plus coûteux. En effet, un transport en ambulance coûte trois fois plus cher qu’un transport en VSL. Le coût moyen des taxis est supérieur de plus de 50 % à celui des VSL.

Aujourd’hui, 41,8 % de la dépense globale relève des transports en ambulance, 20,3 % des transports en VSL et 34,5 % des transports en taxi. Le reste de la dépense (3,4 %) est relatif aux autres moyens de transport (notamment véhicules personnels et train). Entre 1994 et 2004, la part des ambulances est passée de 31,2 % à 41,6 %, tandis que celle des VSL passait de 46,0 % à 30,4 %. Depuis 2005, la part du transport en VSL diminue au profit des taxis tandis que la part de marché des ambulances se stabilise.

Taux de croissance des dépenses par type de transport

	2007	2008	2009	2010	2011	Moyenne
Ambulance	5 %	4 %	8 %	4 %	2 %	5 %
VSL	0 %	-3 %	3 %	-1 %	-2 %	-1 %
Taxis	11 %	9 %	10 %	11 %	10 %	10 %

Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2012 – données mensuelles en date de soins de la CNAMTS.

2. Les dispositifs de régulation des dépenses de transports doivent être

Le rapport à la Commission des comptes précité retrace les tentatives de maîtrise des dépenses de transports :

– des actions de maîtrise des dépenses de transport, mises en œuvre dans le cadre des relations conventionnelles entre l’assurance maladie et les professionnels de santé, portent sur les comportements de prescription des médecins. En décembre 2006, un référentiel médical de prescription des transports a été établi. Ce référentiel, opposable aux prescripteurs, définit des critères médicaux et de dépendance pour la prescription d’un mode de transport donné. Le remboursement se fait sur la base du trajet et du mode de transport le moins onéreux compatible avec l’état du patient. Par conséquent, le bénéfice d’une affection de longue durée (ALD) n’ouvre pas droit automatiquement à une prescription de transport en ambulance, en VSL ou en taxi prise en charge à 100 %. Les médecins « surprescripteurs » peuvent éventuellement être sanctionnés.

Cependant, selon le rapport de la Cour des comptes sur les lois de financement de la sécurité sociale de 2012, les dépenses injustifiées liées à l’application insuffisamment rigoureuse du référentiel de prescription seraient de l’ordre de 220 millions d’euros ;

– la loi de 2004 relative à l'assurance maladie a créé une procédure d'accord préalable pour les médecins prescrivant des transports en très grand nombre.

Mais cette mesure n'a porté que sur un faible nombre de prescripteurs et ne peut s'appliquer, en l'état actuel des systèmes d'information, qu'aux médecins libéraux dans la mesure où l'assurance maladie ne dispose pas, pour les médecins hospitaliers, d'informations individuelles mais seulement globales au niveau de l'établissement ;

– des accords d'initiative locale de maîtrise médicalisée des dépenses de transport ont été mis en place entre missions régionales de santé et établissements hospitaliers, qui incitent les médecins à limiter leurs prescriptions de transport en échange d'un intéressement de leur hôpital aux économies réalisées ;

– en 2008, une nouvelle convention nationale type entre l'assurance maladie et les entreprises de taxis a été instaurée, permettant aux caisses primaires de négocier des remises sur les tarifs fixés par l'État ;

– depuis 2011, de nouveaux contrats-types d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins peuvent être signés entre les agences régionales de santé, les caisses primaires et les établissements de santé. Ces contrats visent à infléchir les dépenses de transports prescrits par les établissements de santé mais exécutés en ville. Après un bilan annuel et en cas de dépassement du taux fixé, l'agence régionale propose à l'établissement de conclure, pour une durée de trois ans, un contrat comportant un objectif de convergence de l'évolution des dépenses vers un taux national fixé par arrêté, ainsi qu'un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières.

Les établissements peuvent être financièrement pénalisés en cas de refus de contractualisation ou de non atteinte des objectifs du contrat. À l'inverse, si des économies sont réalisées en sus de l'objectif fixé, la caisse doit verser de l'intéressement aux établissements concernés.

Ces mesures ont permis de stabiliser l'évolution en volume des dépenses.

En revanche, le dynamisme des dépenses de transport est entretenu par un manque d'organisation des établissements de santé et des carences dans le contrôle des situations abusives.

Pour mémoire, en 2010, 37 % des transports ont été prescrits par des médecins libéraux et 63 % par des établissements de santé.

Or, dans les établissements, le taux d'occupation des véhicules sanitaires n'est que de 50 % compte tenu d'un manque global d'organisation des demandes de transport émanant des établissements. Ces dysfonctionnements (absence de

traçabilité des transports, retards et attente des patients) diminuent l'efficacité du dispositif et entraînent des surcoûts inutiles pour l'assurance maladie.

Ces problèmes organisationnels conjugués aux différences de tarifs entraînent des effets d'aubaine pour les transporteurs qui dépêchent prioritairement les véhicules les plus chers.

3. L'expérimentation proposée devrait permettre de mieux gérer les dépenses de transport au plus près des besoins territoriaux

La régulation des dépenses de transport peut agir sur les différents déterminants de la dépense que sont le volume des prescriptions, le niveau des tarifs et la structure de l'offre, en améliorant l'organisation de la demande de transports.

Le Gouvernement précédent a privilégié la maîtrise des volumes, parfois au détriment de la prise en charge des patients, comme l'obligation d'acquitter une franchise de 2 euros par trajet, ainsi que la fin de la prise en charge automatique à 100 % des transports de personnes en ALD instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ⁽¹⁾.

Par ailleurs, les précédentes expérimentations n'ont pas donné tous leurs fruits. Une première expérimentation de régulation des transports dans les établissements avait été prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, avec la mise en place d'une enveloppe globale de prestations de transport. Cette expérimentation n'a jamais été mise en œuvre. L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a prévu une mise en œuvre centralisée de la commande de transport. Avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, les établissements ont essayé d'établir un diagnostic de l'offre de transport et des déterminants de la dépense.

Il convient de favoriser l'appropriation par l'ensemble des acteurs du sujet de la régulation des transports et de sensibiliser les établissements au bénéfice qu'ils pourraient tirer d'efforts d'organisation.

Le présent article entend développer une approche territoriale et organisationnelle de la commande de transport pour mieux réguler les dépenses.

L'idée est de responsabiliser un acteur bien identifié qui aura pour charge de faire varier les tarifs, en fonction des besoins identifiés et de l'offre présente sur un territoire.

(1) Depuis le 1^{er} avril 2011, la prise en charge est limitée aux patients dont l'incapacité ou la déficience ne leur permet pas de se déplacer par leurs propres moyens (décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 portant modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée).

Le **I** du présent article ouvre la possibilité de déroger aux règles de tarification de droit commun, en émettant des appels d'offre et en passant des marchés avec les entreprises de transports.

Il est ainsi prévu que des « *expérimentations permettant de mettre en œuvre de nouveaux modes d'organisation et de financement des transports de patients définis à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale peuvent être conduites à compter du 1^{er} janvier 2013* »

Dans ce cadre, il pourra être dérogé, pour la durée de l'expérimentation, aux dispositions prévues aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 à L. 162-14-3, L. 162-15, L. 162-33, L. 321-1 et L. 322-5 à L. 322-5-4 du code de la sécurité sociale.

Ces articles visent les relations conventionnelles signées entre l'assurance maladie et les professionnels du transport, ainsi que les conditions de remboursement des frais de transport par les salariés. Sur ce point, il convient de préciser que l'expérimentation proposée n'aura aucun impact sur la prise en charge des patients. Au contraire, la baisse des prix envisagée pourrait avoir pour effet une baisse du reste à charge pour les patients qui ne sont pas atteints d'une ALD – exonérés de ticket modérateur. Quant aux professionnels, le dispositif leur sera favorable dans la mesure où une meilleure organisation des transports entraînera une hausse du taux d'occupation des véhicules, des moindres temps d'attente, et par conséquent une hausse de leur rémunération qui pourrait excéder les baisses de prix obtenus au moyen de l'appel d'offre.

Ces expérimentations ne pourront excéder une durée de trois ans, et concerneront, selon l'étude d'impact, trois départements.

Le **II** de l'article prévoit que l'expérimentation peut être menée par « *une agence régionale de santé, un organisme local d'assurance maladie, un établissement de santé ou un groupement d'établissements de santé* ».

Le **III** précise qu'un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment :

– les modalités de sélection et de désignation des départements et des structures retenus pour l'expérimentation ;

– les modalités d'organisation et de financement des expérimentations en application du présent article.

Dans la pratique, une agence régionale de santé, une caisse primaire d'assurance maladie ou un ou plusieurs établissements pourront procéder à des appels d'offre, conformément aux dispositions prévues par le code des marchés publics, auprès des transporteurs.

L'étude d'impact précise que ces expérimentations seraient ouvertes aux entreprises de transports actuellement autorisées (VSL, taxis, ambulance) mais également à celles proposant des transports de personnes à mobilité réduite (TPMR), quel que soit le prescripteur.

Les éventuels marchés publics conclus entre les établissements de santé et les transporteurs au titre notamment du transport intra-hospitalier ne peuvent être confondus avec ce dispositif. En effet ces derniers sont déjà soumis à la passation de marchés publics *ad hoc*.

Seront choisis des territoires où la structure de l'offre de transports est assez équilibrée pour répondre aux besoins des patients.

Les appels d'offres s'opèreront sur la base d'un cahier des charges établi avec les trois acteurs (agence régionale, caisse primaire et établissement(s)), lequel définira les besoins sur le territoire et l'organisation souhaitée des transports. Il est en toute hypothèse utile de prévoir une coordination de ces trois acteurs, qui pourront rapprocher les informations dont ils disposent. Cette coordination fournira également aux établissements l'occasion de s'impliquer d'avantage dans le suivi de leurs prescriptions.

La Commission a adopté, sur proposition du rapporteur, un amendement visant à préciser que ces appels d'offre peuvent, en fonction de l'offre de transport sur un territoire donné, être mise en œuvre à un niveau infra-territorial.

L'une des trois structures choisies recevra délégation d'une enveloppe globale regroupant les crédits de prise en charge des transports de patients. L'enveloppe utilisée pour financer l'appel d'offres de chaque expérimentation sera identique à celle dévolue pour l'année n-1 au financement des remboursements des frais de transport des départements concernés.

En partant du principe que ces appels d'offres permettront une économie de 5 % sur les dépenses de transport dans les départements sélectionnés, cela correspond à une économie estimée de 1,5 million d'euros par an, soit 4,5 millions d'euros au total.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 115 de M. Arnaud Richard.

M. Francis Vercamer. Plutôt que de fixer à trois ans, comme le propose le Gouvernement, la durée de l'expérimentation en cours visant à optimiser le transport des patients, il serait judicieux de la limiter à un an. Cela permettrait de définir une véritable politique en la matière dans le cadre du prochain projet de loi de financement.

M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Abréger une expérimentation décidée dans le cadre de la loi

portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST ») mais qui, en réalité, est à peine engagée, ne me paraît pas raisonnable. Avis, pour cette raison, défavorable.

M. Gérard Sebaoun. La Cour des comptes a souligné que l'organisation des transports sanitaires devrait être améliorée – on sait par exemple que la dépense due à l'utilisation des modes de transport les plus onéreux est celle qui augmente le plus. Il convient donc de réfléchir aux moyens d'une réforme, mais, comme l'a dit le rapporteur, sans précipitation.

La Commission rejette l'amendement AS 115.

Elle examine ensuite l'amendement AS 239 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Le besoin de transports sanitaires est réel, notamment pour les malades qui vivent seuls ou loin des lieux de consultation ou de soin. Tout en souhaitant maîtriser les dépenses de santé – et des économies sont possibles à cet égard –, nous sommes très attentifs à ces besoins, dont nous savons que certains demeurent insatisfaits. Aussi n'avons-nous pas l'intention de nous limiter à raboter cette dépense : nous voulons trouver une prise en charge adaptée à la situation personnelle des patients et à leur lieu de résidence. On sait par ailleurs que les transports sanitaires sont, pour beaucoup, réalisés par de petites, et parfois très petites, entreprises locales. Pour éviter que la procédure d'appel d'offres voulue par le Gouvernement ne les mette en péril, je propose, sans renoncer au principe de la mise en concurrence, que ces appels d'offres puissent être organisés à l'échelon infra-départemental.

M. Michel Issindou. Est-on certain de la régularité de cette procédure ?

M. Christian Paul, rapporteur. Outre qu'il s'agit d'ouvrir une possibilité et non de rendre la procédure obligatoire, je rappelle que l'allotissement est déjà pratiqué par les départements pour le transport scolaire. L'amendement propose de s'engager dans la même voie.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement ne manque pas de sens. Nous essayons depuis plusieurs années de maîtriser la croissance exponentielle de la dépense de transport sanitaire, qui trouve pour plus des deux tiers son origine dans les demandes des établissements hospitaliers, sans que l'on sache toujours qui a rédigé la prescription. En outre, de nombreuses courses pourraient être évitées, car bien des patients pourraient quitter les établissements de soins ou s'y rendre par leurs propres moyens. L'expérimentation des appels d'offres est donc nécessaire, et il paraît logique qu'ils soient faits de manière à organiser les choses au plus près du demandeur. Ce sont probablement les directeurs d'établissements hospitaliers qui les lanceront, et ils devront donc se mettre en relation avec les transporteurs pour mieux maîtriser les coûts.

Mme Ségolène Neuville. Le sujet est complexe. D'une part, il est très difficile pour un patient qui, au sortir d'un établissement de soins, utilise un véhicule personnel, d'obtenir le défraiement de sa dépense. D'autre part, l'organisation des transports en commun en zone rurale est souvent telle que de nombreux patients ne peuvent venir consulter s'ils n'ont pas de voiture. Ces raisons font qu'il est beaucoup plus simple de demander un « bon de transport » en taxi ou en véhicule sanitaire léger. Une simplification de la procédure s'imposerait donc.

M. Christian Paul, rapporteur. Le Gouvernement, soucieux de maîtriser cette dépense tout en garantissant la qualité des prestations, propose d'expérimenter une procédure d'appel d'offres pour la commande de transports sanitaires, dans le respect des dispositions applicables aux marchés publics. Pour éviter que la nouvelle procédure n'ait des conséquences défavorables pour les nombreuses petites entreprises pour lesquelles ces transports représentent une part importante de leur activité, je vous propose de permettre que l'appel d'offres puisse se faire par allotissements infra-départementaux.

La Commission adopte l'amendement AS 239.

Puis elle adopte l'article 38 modifié.

Après l'article 38

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 38.

L'amendement AS 24 de Mme Dominique Orliac a été retiré.

Elle examine d'abord l'amendement AS 166 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Pour limiter certains coûts, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a institué des référentiels pour les actes en série, notamment de kinésithérapie. Désormais, au-delà d'un certain nombre d'actes, un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour poursuivre, à titre exceptionnel, la prise en charge du patient. Depuis le 28 mai 2010, neuf référentiels ont été définis pour diverses pathologies ostéo-articulaires mais, en dépit d'un texte limpide, les référentiels ne s'appliquent qu'en médecine ambulatoire. Il convient donc de préciser la loi. Pour mettre fin à une injustice d'une part, pour trouver de nouvelles sources d'économies pour l'assurance maladie d'autre part, l'amendement tend donc à spécifier que la mesure s'applique également lorsque les soins sont prodigués dans des centres de rééducation fonctionnelle et dans des centres de soins de suite et de rééducation, publics et privés.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. La disposition ne pourrait être appliquée, ces actes n'étant pas comptabilisés dans les centres de soins de suite et de rééducation. Notre réflexion devrait se porter, de manière plus générale, sur l'optimisation du parcours de soin et, en particulier, des admissions dans ces établissements.

M. Jean-Pierre Door. Si des référentiels ont été définis pour les actes en série, c'est que l'on avait constaté des disparités de traitement considérables pour une même pathologie, le nombre de séances de rééducation consécutives à une arthroplastie variant ainsi de huit à quarante, soit de 1 à 5. Pourquoi ce qui vaut maintenant pour la médecine ambulatoire ne vaudrait-il pas aussi pour les centres de soins de suite et de rééducation, du reste souvent privés ? Peut-on se satisfaire que certains professionnels de santé s'astreignent, comme ils le doivent, à respecter les référentiels, pendant que d'autres persistent à effectuer des actes en série en grand nombre, que l'assurance-maladie continue de rembourser ? Tous les professionnels concernés doivent se plier à la loi, où qu'ils exercent.

M. Christian Paul, rapporteur. Les référentiels valent pour les établissements que vous désignez comme pour les soins de ville. Cependant, l'amendement instituerait l'obligation d'un accord préalable pour les soins prodigués dans les centres de soins de suite et de rééducation et dans les centres de rééducation fonctionnelle, si leur nombre excède celui prévu par les référentiels. Parce que c'est très difficile à mettre en œuvre, mon avis est défavorable.

Mme Bérengère Poletti. J'ai du mal à comprendre pourquoi une mesure applicable par les kinésithérapeutes libéraux ne le serait pas par ces centres.

M. Christian Paul, rapporteur. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) considère qu'en l'état, le dispositif serait à peu près inapplicable ; notre objectif ne peut être d'adopter une disposition dont nous savons qu'elle resterait virtuelle. Mais je ne suis pas hostile à l'idée d'approfondir la question avec ceux qui auraient à appliquer la mesure.

Mme Bérengère Poletti. L'amendement, s'il était adopté, permettrait une discussion plus argumentée avec la ministre.

M. Christian Paul, rapporteur. Je ne doute pas que vous le déposerez à nouveau lors du débat en séance publique, et j'inciterai le Gouvernement à approfondir la question. Pour l'heure, les indications qui m'ont été données par la CNAMTS me conduisent à maintenir mon avis défavorable à une proposition qu'elle juge inapplicable.

M. Jean-Pierre Door. La gêne du rapporteur, qui sait l'amendement utile, est perceptible. Les services médicaux de la CNAMTS peuvent procéder aux comptages nécessaires : ils le font pour la dialyse. Pour les prothèses de hanche, l'orthopédiste qui a opéré sait si, selon la difficulté du cas, l'arthroplastie induira dix ou quarante séances de rééducation. La procédure proposée permettrait un contrôle *a priori* bienvenu ; pourquoi ne pas y souscrire ?

M. Christian Paul, rapporteur. La comparaison entre dialyse et soins de suite ne me paraît pas opportune ; les patients admis dans les centres dont il est question souffrent en général de pathologies qui demandent une rééducation lourde.

M. Jean-Pierre Door. Pas toujours. Ils y sont parfois hébergés le temps de la rééducation parce qu'ils vivent seuls.

M. Christian Paul, rapporteur. J'en conviens, mais il est vrai aussi que les centres de soins de suite permettent un accompagnement plus complet que ne le permettent des soins dispensés à domicile.

M. Gérard Sebaoun. Je ne suis pas favorable à la standardisation à outrance. Certains patients sont hébergés dans des centres de soins de suite et de rééducation pour des raisons « d'hôtellerie », c'est exact. Mais le rapporteur dit vrai : dans les centres, on trouve en grande majorité des malades ou des opérés dont l'état demande des rééducations lourdes, et ils y sont plus entourés qu'ils ne peuvent l'être par un praticien de ville.

La Commission rejette l'amendement AS 166.

L'amendement AS 25 de Mme Dominique Orliac a été retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS 163 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Les frais de transport des enfants accueillis en centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et en centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ne sont pas inclus dans les dépenses d'exploitation de ces structures, qui ne constituent pas à proprement dit des établissements d'éducation spécialisée. Certaines caisses primaires d'assurance maladie refusent d'en assurer le remboursement ou posent des conditions inappropriées – par exemple, que l'enfant soit atteint d'une affection de longue durée (ALD) –, ce en dépit d'instructions répétées des pouvoirs publics. Les frais de transport peuvent ainsi rester à la charge de familles qui ne disposent souvent d'aucune autre aide, si bien que ces enfants risquent des ruptures de traitement ou de suivi très préjudiciables à leur état de santé.

Cette anomalie avait été relevée par le Médiateur de la République en janvier 2011 et le Parlement a adopté à l'unanimité l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui pose le principe de la prise en charge de ces transports, sans participation des assurés sociaux, tout en prévoyant un encadrement possible par une entente préalable. Malheureusement, le décret d'application nécessaire n'a pas été pris.

La Conférence nationale de santé a souligné en juillet dernier la nécessité d'un plan d'urgence destiné à faire cesser cette situation, qui réduit les chances de traitement précoce ou préventif des handicaps, et le Conseil national consultatif des personnes handicapées s'est rallié à cette analyse. Il s'agit en effet de supprimer les grandes inégalités de traitement relevées et de soutenir la mission essentielle de prévention et de dépistage exercée par ces structures auprès des enfants, de la naissance à 18 ans. C'est à quoi tend l'amendement.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement montre que, comme je le soulignais lors de l'examen de l'article 38, certains besoins de transport sanitaire demeurent insatisfaits. L'article 54 de la loi de financement pour 2012, d'application immédiate, n'appelait pas de décret, en théorie du moins. La prise en charge est donc assurée selon les règles du droit commun : si le taux de remboursement est de 100 % pour les enfants en ALD, il est de 65 % seulement pour les autres. C'est sur ce point qu'un décret serait sans doute utile, pour garantir une meilleure prise en charge de ces derniers, et je me propose donc d'intervenir en ce sens auprès de la ministre lors de la discussion en séance publique, en appuyant votre démarche. Cela étant, j'exprime un avis défavorable sur l'amendement, qui ne me paraît pas poser la question dans les meilleurs termes.

Mme Martine Pinville. C'est véritablement faire œuvre de prévention que de permettre aux enfants concernés de se rendre dans ces centres. Les inégalités, injustifiées, de prise en charge peuvent dissuader les parents de

persister ; elles doivent cesser. Je pense, comme le rapporteur, que la question doit être évoquée devant la ministre.

M. Christian Paul, rapporteur. Elle le sera.

La Commission rejette l'amendement AS 163.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 164 de Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Le Parlement doit être saisi d'un rapport expliquant les raisons de ce blocage.

M. Christian Paul, rapporteur. Je me suis engagé devant vous à vous appuyer si vous déposez à nouveau votre précédent amendement en séance publique, et à évoquer la question avec la ministre dans tous les cas. Que le Parlement soit saisi d'un rapport sur une question qui nous tient à cœur à tous ne me paraît pas de nature à faire progresser ce dossier. Avis, pour cette raison, défavorable.

Mme Martine Pinville. Il faut en tout cas cerner les raisons des disparités de traitement selon les caisses.

La Commission rejette l'amendement AS 164.

Article 39

(art. L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)

Rémunération forfaitaire pour renforcer l'exercice interprofessionnel

Le présent article vise à modifier l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale afin d'instaurer un nouveau mode de rémunération des maisons et centres de santé et de certaines équipes de professionnels, valorisant la coordination des soins.

1. Les nouveaux modes de rémunération : une réponse aux mutations de l'exercice des professionnels de santé

Si le paiement à l'acte demeure le fondement de la rémunération des professionnels de santé, il ne correspond pas toujours aux aspirations de ceux-ci. Ainsi, comme le note le rapport rendu par Mme Elizabeth Hubert au Président de la République ⁽¹⁾, « *le débat ne se situe plus dans une opposition entre un système de paiement à l'acte versus un autre système de paiement, salaire ou capitation, mais dans un équilibre à trouver entre un socle de rémunération, basé sur le paiement à l'acte et d'autres rémunérations* ».

Le paiement à l'acte n'est pas non plus adapté à la prise en charge de certains patients, par exemple les personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques, qui nécessitent un suivi plus régulier et approfondi.

De plus, le paiement à l'acte ne favorise pas l'exercice regroupé et interprofessionnel que le Gouvernement promeut avec la mise en place des maisons et des centres de santé, et qui contribuent à lutter contre les déserts médicaux.

Enfin, il ne permet pas le développement des activités de prévention, d'éducation thérapeutique ou de coordination des soins, qui prennent une place croissante dans l'activité des professionnels.

Or, dans le cadre de la réforme des soins de proximité, la mise en place de nouvelles organisations et de nouveaux services assurés par les professionnels de santé doit permettre d'améliorer la prise en charges des patients et d'optimiser leur parcours de soins.

Pour compléter la rémunération à l'acte, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a prévu l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé « *complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant* », prolongés en 2011 jusqu'à la fin de 2013.

(1) Mission de concertation sur la médecine de proximité, rapport remis par Mme Élisabeth Hubert au Président de la République, novembre 2010.

Expérimentation de nouveaux modes de rémunération

Ce n'est qu'en 2010 que ces expérimentations ont commencé, d'abord dans six régions, sous l'égide des agences régionales de santé, puis, en 2011, sur l'ensemble du territoire – en réalité dix-neuf régions et un département d'outre-mer.

Elles concernent 150 structures en tout, 76 maisons de santé, soit 60 % des maisons existantes, 35 pôles de santé et 35 centres de santé. Les sites se situent essentiellement dans le nord, l'est et l'ouest de la métropole. Ils sont implantés dans une grande variété d'espaces, plutôt caractérisés par une faible densité de médecins généralistes.

148 sites (74 maisons, 38 pôles et 35 centres de santé) ont intégré le dispositif expérimental en deux temps : 6 régions-test en 2010 puis l'ensemble du territoire en 2011. À cette date, l'inclusion dans les expérimentations a été fermée pour pouvoir mener une évaluation systématique (ce que l'inclusion tardive ne permet pas). Quatre modules avaient été prévus initialement : 2 sont opérationnels, un le sera dans les prochaines semaines et le dernier fait l'objet d'études techniques :

Le module 1 coordination est le plus important financièrement (environ 45 000 euros par site en moyenne). Il rémunère, sur des bases objectives (taille de la patientèle médecin-traitant et nombre de professionnels impliqués) la coordination interne (entre les professionnels de la structure) et externe (avec les autres acteurs du parcours de soins). Il a pour contrepartie la mesure d'indicateurs de santé publique qui doivent conduire à terme à moduler le forfait payé.

Le module 2 concerne les nouveaux services (en pratique, l'éducation thérapeutique) : il concerne un tiers des structures pour 15 % de leurs revenus (entre 250 euros et 300 euros par patient pris en charge).

Le module 3 est consacré à la coopération, c'est-à-dire la délégation d'actes ou d'activités entre médecins et auxiliaires médicaux. Le principe de sa mise en œuvre a été acté et une convention devrait être signée avec l'association Asalée dans le courant du mois d'octobre. Le modèle économique est caractérisé par un coût global neutre et par une économie importante de temps médical.

Le module 4 concerne le forfait à la capitation. En l'absence de consensus avec les ordres, le précédent gouvernement n'a pas souhaité développer ce module. Des études techniques ont toutefois été menées et il peut être relancé rapidement.

Le budget annuel des expérimentations s'élevait en 2011 à 8,5 millions d'euros financés intégralement sur le risque ville.

Au-delà du soutien que les nouveaux modes de rémunération ont apporté au mouvement de création des maisons de santé (moins d'une centaine en 2010, entre 250 et 300 aujourd'hui), elles ont permis de mettre en exergue certains chantiers essentiels au développement de l'exercice regroupé et de leur apporter des réponses opérationnelles abouties ou en cours de finalisation, notamment concernant le régime de société adapté aux professionnels de santé et les systèmes d'information.

Tous les sites qui participent à l'expérimentation font l'objet d'une évaluation. L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé

(IRDES) mesure des indicateurs de santé publique, qui sont comparés aux objectifs conventionnels (concernant la vaccination, le contrôle de la glycémie, le dépistage des cancers, etc.) mais les compare également à ceux qui sont observés dans des « zones locales témoin ». Les premières indications montrent que les sites expérimentaux ont en moyenne, des résultats équivalents ou meilleurs que les zones témoin, mais les disparités observées entre eux sont importantes et certains sites obtiennent des résultats décevants.

Un programme de mesure de la consommation de soins hospitaliers des patientèles des maisons et centres de santé a été lancé. Ce chantier est primordial car il permettra d'objectiver l'apport éventuel des structures regroupées à l'efficacité du système de soins et à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoyait que la fin de l'expérimentation serait suivie d'une négociation entre l'assurance maladie et les professionnels de santé visant à intégrer la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel dans le cadre conventionnel. Le Gouvernement va concrétiser cet engagement avec une année d'avance.

Au-delà du seul cadre des nouveaux modes de rémunération, le Gouvernement souhaite engager une réforme des soins de proximité qui englobera cette négociation conventionnelle. Ainsi, le dispositif expérimental au-delà du jugement qu'on porte sur ses résultats, aura-t-il suivi une démarche claire, fondée sur une limitation explicite dans le temps, suivi d'une pérennisation accomplie par la négociation et fondée sur l'évaluation.

2. Développer de nouveaux modes de rémunérations liés à la coordination et au parcours de soins

Le présent article modifie l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux accords conventionnels interprofessionnels. Cet article permet à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et aux organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés de déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé pour des pathologies ou traitements.

Selon l'étude d'impact, cet article n'a jamais été utilisé.

Le 1° du présent article modifie le premier alinéa du II de l'article L. 162-14-1 précité, qui prévoit que *« des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie. »*

Y est ajoutée la mention des rémunérations « *visant à favoriser l'organisation et la coordination des soins ou la prise en charge des patients, notamment pour des pathologies ou traitements* ».

Par ailleurs, les centres de santé sont ajoutés au champ des négociations conventionnelles visant à améliorer la coordination des soins.

Le 2° du présent article ajoute un alinéa au II de l'article L. 162-14-1 précité qui précise que les accords interprofessionnels « *définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ce ou ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, de l'atteinte des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs, et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie.* »

Ces nouveaux modes de rémunération seront d'avantage axés sur les services que les structures, et sur la poursuite d'objectifs de santé publique. Ils pourront bénéficier dans un premier temps aux centres et maisons de santé, mais aussi à des équipes de professionnels moins formalisées (médecins-infirmiers-pharmaciens), qui passeront par des structures juridiques plus légères pour être rémunérés (sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires -SISA-, associations).

Le montant des rémunérations versées aux équipes serait déterminé en fonction de trois types de critères :

– des critères quantitatifs (nombre de patients pris en charge et éventuellement nombre de professionnels participant). Ces critères déterminent un « montant de référence » du forfait ;

– les services rendus : ces derniers pourraient être orientés vers une meilleure organisation et une réelle continuité des soins (modalités de prise en charge des patients en un délai donné pour les soins non programmés ; horaires d'ouverture) ;

– les résultats obtenus en matière d'amélioration de la santé publique. Ces résultats seraient évalués grâce à des indicateurs de performance : ces indicateurs porteraient spécifiquement sur une meilleure organisation des parcours de soins, notamment en matière de gestion des patients sortant de l'hôpital, de prévention, ou de suivi des malades chroniques.

La Commission a adopté des amendements visant à préciser que ces nouveaux modes de rémunération doivent prendre en compte la continuité des soins et l'éducation à la santé, et peuvent porter à la fois sur des dépenses administratives, des rémunérations et des dépenses de formation.

Le coût de ce dispositif, qui a vocation à être intégré à terme aux autres nouveaux modes de rémunération, est évalué à 30 millions d'euros en 2014, 48,5 millions d'euros en 2015, et 67 millions d'euros en 2016.

*

La Commission examine tout d'abord l'amendement AS 182 de M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Il s'agit d'encourager la prise en charge de A à Z de certaines maladies chroniques, en plein essor, de manière à offrir un service plus efficient et de meilleure qualité. Cela concerne notamment les insuffisances rénales, cardiaques ou respiratoires. Lorsque la structure concernée sera en mesure d'assurer la continuité des soins, elle le fera ; sinon, elle orientera le patient vers le ou les professionnels les plus aptes à y pourvoir.

La phase aiguë d'une maladie chronique ne nécessite pas systématiquement l'admission aux urgences : l'amendement vise à inscrire l'exigence de continuité des soins dans les accords conventionnels interprofessionnels.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement illustre bien l'esprit de l'article 39 : nous voulons y donner l'élan à la rémunération d'une nouvelle médecine de proximité, organisée autour du parcours de soins et du travail en équipe.

La loi « HPST » a reconnu la médecine de premier recours, à la demande d'ailleurs des médecins généralistes et des professionnels de santé concernés. Il fallait néanmoins aller plus loin et, en particulier, assurer la continuité des soins. À l'avenir, les réformes tendront de plus en plus à améliorer l'organisation des soins en vue, non seulement d'économies, mais surtout d'une meilleure prise en charge du patient. Donc avis favorable.

La Commission adopte l'amendement AS 182.

Elle en vient à l'amendement AS 181 de M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. L'article 39 vise à diversifier les modes de rémunération des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant des missions particulières dans les maisons et centres de santé notamment : il répond en cela à leurs attentes, maintes fois réitérées. Pour renforcer le travail en équipe et la structuration des équipes territoriales de santé, nous proposons plus largement une diversification des formes de valorisation, qui ne doivent pas se limiter à la

rémunération directe. Elles peuvent consister par exemple en des financements de projets scientifiques structurants, en des programmes de formation pour ces équipes ou d'aides pour la réalisation de certaines tâches, par exemple administratives.

M. Christian Paul, rapporteur. Les maisons et les centres de santé sont les nouveaux modèles que nous souhaitons encourager, y compris pour l'exercice libéral. Pour cela, il faut aménager leur environnement et faciliter leur organisation, mais aussi, en effet, prévoir des modes de rémunération plus souples, qui ne se limitent pas à la rémunération à l'acte. La rémunération des équipes en tant que telles et la formation des professionnels vont dans ce sens. Je suis donc très favorable à cet amendement.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 181.*

*Puis elle **adopte** l'article 39 **modifié**.*

Article 40

(art. L. 1435-4-2 [nouveau] du code de la santé publique ; art. L. 162-5-14-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Création du contrat de praticien territorial de médecine générale

Le présent article vise à mettre en place la fonction de « *praticien territorial de médecine générale* », destinées à de jeunes médecins généralistes qui exerceraient en ambulatoire dans des zones déficitaires en offre de soins.

1. La lutte contre les déserts médicaux : une obligation des résultats

Les professionnels de santé libéraux sont inégalement répartis sur le territoire, les régions du Sud étant globalement mieux dotées que celles du Nord. Pour autant, il convient de souligner que le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes ; la plupart des spécialistes et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moyenne en moins de vingt minutes par la route.

Les inégalités de répartition sont plus ou moins prononcées selon la profession considérée. Selon des études de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), elles sont moins marquées pour les médecins généralistes libéraux et les officines, et plus importantes pour les infirmiers libéraux, par exemple. Des inégalités existent entre régions, mais les écarts les plus importants sont constatés à l'intérieur d'une même région (inégalités intra-régionales). Les inégalités entre départements et régions se réduisent pour les médecins libéraux.

À l'échelle des bassins de vie, les médecins généralistes sont mieux répartis que la plupart des services et équipements sanitaires ou non sanitaires. Les médecins spécialistes sont répartis sur le territoire de manière bien plus inégale que les généralistes. Ils sont non seulement moins bien répartis entre les régions, mais aussi moins bien répartis à l'intérieur des régions, notamment parce qu'ils privilégient les grandes villes ou leurs proches banlieues, afin notamment d'être à proximité des plateaux techniques.

Pour corriger ces phénomènes, plusieurs outils de régulation de nature, soit légale, soit conventionnelle, ont été mis en place.

S'agissant du contrat santé solidarité, le directeur général de l'agence régionale de santé a la possibilité de signer ce contrat avec les médecins exerçant en zone sur-dense, en fonction de la satisfaction des besoins d'implantations de médecins de premier recours. Les médecins signataires de ce contrat s'engagent à exercer plusieurs demi-journées par mois dans une zone sous-dense. À défaut, ils sont tenus de s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle. Il n'est pas

possible, à ce stade, de dresser de bilan de cette mesure car ces contrats ne seront mis en œuvre que dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins.

Les contrats d'engagement de service public permettent, par ailleurs, d'attribuer une allocation à des étudiants et internes en médecine qui, en contrepartie, s'engagent à exercer dans des zones sous denses définies par les agences régionales de santé : 185 contrats ont été signés en 2011 ce qui représente une progression sensible par rapport à 2010.

S'agissant des dispositifs conventionnels, ils reposent uniquement sur des mesures incitatives notamment financières et/ou restrictions au conventionnement.

Diverses mesures ont été mises en place au cours des dernières années (avenant n° 20 de la convention médicale, défiscalisation de la rémunération de la permanence des soins ambulatoires dans les zones sous-denses, aides à l'installation versées par les collectivités territoriales). L'avenant 20 à la convention nationale des médecins libéraux de 2005, prévoyait un dispositif visant à encourager l'installation en exercice regroupé des médecins dans les zones très sous-dotées (option conventionnelle) avec notamment une majoration de 20 % des honoraires issus de l'activité du médecin dans cette zone. Selon les estimations de la CNAMTS, en 2010, 773 médecins étaient susceptibles de bénéficier de l'avenant 20. Les aides octroyées dans le cadre de celui-ci n'ont manifestement pas eu l'effet incitatif attendu.

La convention médicale, signée le 26 juillet 2011, prévoit de mettre fin à cette option dès lors que le nouveau schéma d'organisation des soins sera arrêté. Deux options seront alors mises en place : une option démographie territoriale pour inciter les médecins à s'installer ou à maintenir leur cabinet de groupe ou organisé en pôle en zone sous-dense pendant trois ans (versement d'une aide à l'investissement) et une option santé solidarité (rémunération complémentaire et prise en charge des frais de déplacement) pour inciter les médecins exerçant en zone sur-dotée à venir prêter main forte aux médecins exerçant en zone sous-dotée au moins 28 jours par an.

2. Le contrat de praticien territorial de médecine générale est la première d'une série de mesures destinées à lutter de manière effective contre les déserts médicaux

Le présent article propose un dispositif alternatif à l'installation « classique », avec un encadrement contractuel permettant le versement d'une rémunération complémentaire aux jeunes médecins libéraux.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'il s'agit d'une première réponse aux besoins médicaux identifiés dans les zones sous-denses, qui a vocation à être complétée par d'autres mesures.

La première d'entre elle sera de soutenir l'ancrage de jeunes diplômés (médecins de plein exercice) dans des zones identifiées comme fragiles, c'est-à-dire caractérisées par une offre médicale insuffisante ou une menace pour la continuité de l'accès aux soins, et dans lesquelles il existe une dynamique territoriale autour de professionnels en exercice, soutenue par l'agence régionale de santé.

Par ailleurs, il conviendra de développer les structures et coopérations interprofessionnelles pour mieux couvrir les besoins de la population

Cette question renvoie à la stratégie plus globale de l'accès aux soins. L'article 39 prévoit ainsi la mise en place de nouvelles organisations et de nouveaux services assurés par les professionnels de santé et doit permettre d'améliorer la prise en charge des patients et d'optimiser leur parcours de soins.

Le I du présent article introduit un nouvel article L. 1435-4-2 dans le code de la santé publique qui prévoit que *« les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin généraliste dont la première inscription au tableau de l'ordre des médecins date de moins d'un an, un contrat de praticien territorial de médecine générale sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale. »* Il est précisé que *« le praticien territorial de médecine générale s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la médecine générale dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins »*.

La mesure s'appuie essentiellement sur le statut de collaborateur libéral, et vise spécifiquement à favoriser l'installation des jeunes médecins généralistes libéraux. L'objet de la collaboration libérale est en effet de permettre au collaborateur de se constituer une patientèle personnelle. Ce statut permet de préparer une cession de patientèle entre un médecin bientôt retraité et un jeune médecin ou pour préparer un contrat d'association (c'est alors une période d'essai entre deux futurs associés).

Le collaborateur libéral est un professionnel libéral exerçant auprès d'un autre professionnel de la même profession. Le collaborateur libéral est professionnellement indépendant du médecin titulaire et personnellement responsable de ses actes professionnels.

Ce mode d'exercice suppose un contrat qui doit préciser en particulier : une durée (indéterminée ou déterminée – auquel cas il convient de préciser les conditions de son renouvellement), les modalités de rupture éventuelle, avec indication d'un délai de préavis et éventuellement le montant d'une redevance.

Comme un médecin installé, le collaborateur devra percevoir directement ses honoraires et signer personnellement ses feuilles de soins. Il paiera éventuellement une redevance à son confrère pour la mise à disposition de ses locaux, de son matériel et d'une partie de sa clientèle. Cette redevance pourrait

être supprimée dans l'éventualité d'une aide versée par l'agence régionale de santé ou des collectivités locales pour permettre au médecin titulaire d'accueillir un collaborateur libéral (il s'agira alors d'une initiative locale).

Le dispositif ne s'appliquera qu'aux médecins inscrits à l'ordre depuis moins d'un an. Ce délai se justifie au regard de l'objectif poursuivi d'un cadre d'exercice plus attractif en début de carrière.

À ce stade, est privilégiée la collaboration libérale qui est le statut le plus abouti et le plus opérationnel pour mettre en œuvre cette mesure.

Les éventuelles extensions du contrat aux médecins remplaçants ou hospitaliers, nécessitent d'examiner les différents statuts existants qui relèvent du domaine réglementaire.

Le futur bénéficiaire du contrat touchera un complément de rémunération.

Il est difficile d'estimer le montant moyen de leurs honoraires sachant que les collaborateurs libéraux peuvent avoir des modalités d'exercice très différentes (temps partiel ou temps plein). On considère cependant que leurs revenus sont équivalents à ceux d'un jeune médecin généraliste.

Il s'agit de compléter ce revenu jusqu'à un plafond qui sera fixé par décret en Conseil d'État. **L'objectif est d'atteindre le niveau de rémunération d'un assistant spécialiste hospitalier**, soit 31 644,19 euros en première et deuxième année, 34 449,09 euros en troisième et quatrième année et 38 928,22 euros en cinquième et sixième année.

Pourrait donc être proposé un parallélisme de rémunération par rapport à l'ancienneté de l'activité et donc retenir la rémunération de la première et deuxième année.

Principalement, le praticien territorial de médecine générale sera rémunéré pour son activité libérale de soins. À côté de son activité libérale, il est également envisagé de faciliter l'encadrement d'étudiants ou d'internes par les médecins généralistes maîtres de stage en dégageant du temps pour qu'ils accompagnent les stagiaires.

Notons de plus que ces praticiens collaborateurs libéraux bénéficieront de l'ensemble des dispositions de la convention médicale. S'ils exercent en secteur 1 (ce qui est le cas de 85 % des médecins généralistes), ils pourront bénéficier de la prise en charge des cotisations sociales. L'adhésion à la convention sera prévue dans le contrat type.

Le contrat type signé entre l'agence régionale de santé et le praticien devrait être construit sur le modèle des contrats signés par les agences avec les chefs de clinique des universités de médecine générale. L'engagement

minimum serait de deux ans. Si le praticien territorial de médecine générale ne respecte pas ces engagements, le versement du complément de rémunération sera suspendu.

Il est également précisé que *« le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins. Ce contrat est conforme à un contrat type établi par décret en Conseil d'État »*.

Enfin, le **III** du présent article prévoit qu'un *« décret en Conseil d'État précise les critères d'insuffisance d'offre médicale et de difficultés d'accès aux soins permettant de définir les zones géographiques où un contrat de praticien territorial de médecine générale peut être conclu et fixe les modalités de calcul de la rémunération complémentaire dans la limite d'un plafond »*.

La question du zonage n'est pas encore arrêtée. Il est proposé de ne pas se limiter au zonage assurance maladie qui rendrait difficile une activité dans une structure d'exercice coordonnée. Il a été jugé préférable de laisser la définition des zones prioritaires aux agences régionales de santé, sans référence à un zonage défini par ailleurs.

Le **II** du présent article aménage les conditions de prise en charge des patients de ces praticiens territoriaux. Ainsi, il crée un nouvel article L. 162-5-14-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que *« les frais relatifs aux actes effectués par les médecins au titre de leurs fonctions de praticien territorial de médecine générale régies par les dispositions de l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, sont, lorsqu'ils ne sont pas adhérents à la convention médicale, pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les dispositions des articles L. 162-5 et L. 162-14-1. Les praticiens territoriaux de médecine générale sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, de respecter les tarifs opposables. »*

En l'absence d'obligation de conventionnement des praticiens territoriaux de médecine générale, dans la perspective de l'élargissement du dispositif, il est précisé que ces praticiens devront pratiquer les tarifs opposables.

La Commission a adopté des amendements visant à la fois à préciser et élargir le dispositif. Les médecins remplaçants, mais aussi les assistants des hôpitaux, pourront, de manière encadrée, bénéficier du contrat de praticien territorial de médecine générale. En outre, il suffira de ne jamais avoir été inscrit à l'ordre des médecins pour entrer dans le dispositif.

Enfin, à l'initiative de Votre rapporteur, la Commission a adopté un amendement visant à rénover la médecine salariée, tout en luttant contre les

déserts médicaux, en prévoyant la possibilité pour les établissements de santé et les centres de santé de signer des conventions avec les ARS facilitant la mise à disposition de professionnels de santé salariés dans les zones sous-dotées.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 41 de Mme Bérengère Poletti, tendant à supprimer l'article.

Mme Bérengère Poletti. Le pré-rapport de M. Christian Paul indique que cet article donnerait « *une première réponse aux besoins médicaux identifiés dans les zones sous-denses, qui a vocation à être complétée par d'autres mesures.* » Or la mesure proposée n'est pas une première réponse : pour inciter à l'installation dans les zones peu peuplées, la précédente majorité a élaboré de nombreux dispositifs, tels que les contrats d'engagement de service public, dotés de bourses pour les étudiants en médecine et visant à encourager les internes à exercer dans ces zones après leurs études ; elle a aussi appuyé la création d'ici à 2013 de 700 maisons médicales pluridisciplinaires, dont 250 sont déjà ouvertes.

Surtout, la mesure proposée est trop floue : nous n'en connaissons pas les modalités d'application, qu'il s'agisse de la définition des zones concernées ou de la rémunération de référence qui doit déterminer le complément de salaire susceptible d'être versé aux bénéficiaires du contrat de praticien territorial de médecine générale.

M. Christian Paul, rapporteur. Ce nouveau contrat tend à permettre à de jeunes médecins de s'installer à la fin de leurs études dans un territoire peu dense, le plus souvent pour travailler auprès d'un médecin plus âgé près de cesser son activité. Pour sécuriser cette démarche, il est prévu une garantie de revenu dans le cadre d'un exercice libéral. Le pré-rapport indique que le niveau de rémunération de référence sera celui d'un assistant spécialiste hospitalier, soit 31 644,19 euros en première et deuxième années, 34 449,09 euros en troisième et quatrième années et 38 928,22 euros en cinquième et sixième années – il est difficile d'être plus précis !

On peut envisager de créer dans les facultés de médecine une sorte de guichet d'accès permettant aux agences régionales de santé, qui connaissent les besoins les plus criants, de mettre en place ce dispositif.

Cette mesure n'est pas une martingale permettant de régler tous les problèmes de démographie médicale – il n'existe d'ailleurs pas de réponse unique, sauf à souhaiter une coercition excessive qui serait à l'opposé de la solution concertée que nous préconisons. Nous allons d'ailleurs proposer par voie d'amendements d'autres outils pour favoriser l'installation dans les territoires sous-dotés.

Je suis très surpris que vous balayiez aussi rapidement cette proposition : cela fait des années que nous débattons dans cette Commission de la question des déserts médicaux – nous avons même adopté à l’unanimité des mesures, qui ont ensuite été rejetées par le Gouvernement et par la précédente majorité lors de l’examen de la loi « HPST ». Il y a une certaine duplicité à reconnaître ce phénomène dramatique et à rejeter les propositions faites pour y remédier.

S’agissant des mesures prises dans les années passées, le contrat d’engagement de service public a été très long à se mettre en place : on a beaucoup de peine à atteindre les 200 contrats – 185 ont été signés en 2011 – et je n’ai jamais croisé un seul médecin qui se soit installé par ce canal. Cette mesure devait donc être complétée.

En ce qui concerne les maisons de santé, leur constitution n’est pas le fait de tel ou tel gouvernement mais d’un double engagement : celui des professionnels de santé, d’une part, et celui des collectivités territoriales, d’autre part. La contribution de l’État à leur financement est d’ailleurs généralement minoritaire.

Beaucoup d’occasions de faire reculer les déserts médicaux ont été perdues ces dernières années : il faut multiplier les outils dans le cadre d’une vision d’ensemble et celle-ci nous sera donnée par la grande loi sur l’accès aux soins que la ministre de la santé s’est engagée à présenter au Parlement en 2013.

M. Jean-Pierre Door. Nous ne balayons pas la mesure d’un revers de main, mais ne balayez pas non plus ce qui a été fait par les précédentes majorités ! Je citerai notamment l’avenant n° 20 à la convention nationale des médecins libéraux de 2005, même si son succès a été inégal, et les contrats d’engagement de service public, dont près de 200 ont déjà été signés. N’oublions pas non plus les aides des départements ou des régions.

Tout cela est très récent et, il faut le reconnaître, souffre d’un défaut : le manque d’information et l’absence de guichet unique dans les facultés. Les agences régionales de santé devraient mettre en place de tels guichets dans le cadre de leurs schémas régionaux d’organisation des soins (SROS), de façon à ce que les étudiants soient informés de toute la panoplie des aides à leur disposition.

Enfin, monsieur Paul, puisque vous êtes fervent partisan du dialogue social, ne pensez-vous pas que ces nouveaux contrats devraient faire l’objet d’une consultation des organisations représentatives des professionnels de santé et des étudiants ?

M. Gérard Sebaoun. Toutes les contributions, d’hier comme d’aujourd’hui, sont bonnes à prendre : cette mesure constitue une pierre supplémentaire. Si l’on peut certes espérer une augmentation du nombre de contrats d’engagement de service public, pourquoi voulez-vous supprimer la possibilité d’avoir rapidement 200 médecins supplémentaires dans les territoires sous-dotés ?

M. Olivier Véran. Je ne comprends pas non plus la raison de cet amendement de suppression. Monsieur Door, vous semblez avoir entendu les représentants des organisations de jeunes médecins, qui réclament depuis une dizaine d'années la constitution de guichets uniques et de parcours clairs, ainsi qu'un éventail d'incitations à exercer en secteur libéral. Dès lors, je ne comprends pas que vous demandiez la suppression de cet article : si on soumettait votre amendement à consultation, l'accueil qui lui serait réservé ne fait aucun doute ! La mesure proposée constitue en effet une garantie très utile pour les jeunes médecins généralistes qui redoutent de s'installer.

M. Denis Jacquat. Il faut que ce contrat-type défini par voie réglementaire soit élaboré en concertation avec les syndicats représentatifs des professions médicales.

M. Michel Issindou. Je suis étonné par l'exposé des motifs de l'amendement : dire qu'il y a plus d'installations que de départs en retraite dans les zones peu denses ne me paraît pas correspondre à la réalité. Les années à venir seront noires si l'on ne fait rien ! Ce que vous avez fait n'est pas négatif, mais n'a pas abouti aux résultats escomptés : il faut donc essayer le dispositif proposé par l'article 40.

Mme Isabelle Le Calennec. Mais il comporte autant d'imprécisions que votre loi sur les emplois d'avenir : vous dites qu'il y aura 200 contrats et que la durée des contrats types sera précisée par décret, et il est de nouveau fait référence aux zones définies par les agences régionales de santé caractérisées par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Cette définition existe-t-elle vraiment aujourd'hui ? Notre amendement de suppression vise à lever le flou sur ces points et à alimenter le débat sur cette question primordiale de la démographie médicale.

Mme Bérengère Poletti. Vous dites ne pas comprendre cet amendement, mais quand j'en dépose que vous jugez pertinents, vous votez contre parce que vous considérez que la disposition n'est pas aboutie et que vous avez encore besoin de réfléchir : il en est de même pour nous ! Votre mesure nous paraît floue et il est de notre droit de demander qu'elle soit précisée.

M. Christian Paul, rapporteur. Vous êtes naturellement libre de demander la suppression de la plupart des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais cela ne me paraît pas très constructif !

Je suis persuadé que si votre position était connue, vous seriez fortement désapprouvée par l'opinion, surtout quand vous dites dans l'exposé des motifs de votre amendement que l'offre de soins dans les territoires ruraux a progressé de 50 % depuis 2011 : je voudrais bien savoir sur quelle étude vous vous fondez pour l'affirmer ! Il n'y a pas plus d'installations que de départs dans les zones peu denses : la relève de génération ne se fait pas et on enregistre au contraire

aujourd'hui trois départs pour une arrivée dans beaucoup de départements ruraux et de banlieues.

Les contrats sont proposés pour une durée de deux ans. Ils ont vocation à favoriser une implantation dans les zones définies comme déficitaires par les schémas régionaux d'organisation de soins. Cette mesure prépare en quelque sorte la loi sur l'accès aux soins, qui permettra de traiter la question des déserts médicaux. Les questions relatives aux facultés de médecine ou à la création des maisons de santé ne peuvent certes pas être traitées en détail dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Mais s'il n'y avait rien eu dans ce projet ou dans les amendements que nous vous proposons, vous nous l'auriez reproché à juste titre !

Les dix dernières années ont été le temps du diagnostic : nous sommes maintenant dans celui de l'action et de la mobilisation générale.

Les contrats d'engagement de service publics sont insuffisants ; l'avenant n°20 et le zonage conventionnel ont échoué – les agences régionales de santé et les professionnels le disent. Le problème n'est pas de rémunérer 20 % de plus tous les professionnels déjà installés à partir d'un zonage inopérant, mais de cibler beaucoup plus les interventions sur les médecins qui s'installent et d'avoir des zonages évolutifs et pertinents. D'où la nécessité d'une loi sur l'accès aux soins et d'une politique publique très incitative. C'est ce que nous amorçons grâce au contrat de praticien territorial de médecine générale.

La Commission rejette l'amendement AS 41.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel de M. Christian Paul rapporteur.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 183 de M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Le contrat de praticien territorial de médecine générale est si incitatif et répond si bien aux attentes des jeunes professionnels qu'il serait dommage d'en limiter le bénéfice aux seuls médecins inscrits au tableau de l'ordre depuis moins d'un an. La France ne compte pas moins de 10 000 médecins remplaçants de soins primaires qu'il pourrait inciter à tenter l'aventure de l'exercice libéral en zones sous-dotées. Ce contrat devrait donc pouvoir être proposé à tous les médecins qui n'ont pas encore ouvert de cabinet, de manière à contenir les effets d'aubaine et à éviter les transferts de praticiens d'une commune à une autre.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis favorable.

Mme Annie Le Houerou. L'extension du dispositif proposée dans cet amendement est insuffisante. Aucune restriction ne devrait subsister et les agences régionales de santé devraient pouvoir conclure un tel contrat avec n'importe quel médecin généraliste, y compris dans les zones urbaines qui sont également

gagnées par la désertification médicale. La coercition serait même nécessaire, à mon sens, dans le contexte actuel.

M. Christian Paul, rapporteur. Je vous remercie, madame Le Houerou, d'avoir cosigné cet amendement malgré la nuance que vous venez d'apporter, et que je considérerai comme un complément.

Nous avons fait le choix d'une méthode concertée : sur le dispositif proposé par l'article 40, nous avons consulté les syndicats de médecins, messieurs Door et Jacquat !

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à refonder les méthodes d'incitation : la pratique a jusqu'ici été trop tiède, parfois mal adaptée et insuffisamment ciblée, d'où un bilan négatif. Notre stratégie repose donc sur le déploiement d'un éventail beaucoup plus large de propositions : nouveaux statuts offerts aux médecins, coopération avec les facultés de médecine, co-responsabilité à mettre en œuvre entre le monde médical, les élus locaux et l'État. Les incitations strictement financières ne suffiront pas en effet à régler le problème des déserts médicaux.

L'amendement présenté par Olivier Véran permet à un plus grand nombre de médecins de conclure un contrat de praticien territorial de médecine générale. Les médecins généralistes ne s'installent en moyenne que dix ans après leur sortie de l'université. Entre-temps, ils alimentent les bataillons des médecins remplaçants ou exercent dans d'autres cadres. Leur permettre de profiter de ce statut est donc positif. Les déserts médicaux n'existent pas seulement dans les territoires ruraux et peuvent se développer, comme vous l'avez indiqué madame Le Houerou, en ville. Nous avons conduit une mission parlementaire en Seine-Saint-Denis qui nous avait permis de constater que le désert médical s'étendait jusqu'aux portes de Paris et peut-être même dans certains quartiers de la capitale. Cependant, nous ne sommes pas favorables à l'extension de l'accès au statut de praticien territorial de médecine générale à tous les médecins car il a été conçu en priorité pour les jeunes praticiens.

Il est prévu que 200 contrats soient signés chaque année, avec des médecins sortant de la faculté ou, désormais, avec des médecins remplaçant. Leurs revenus seront sécurisés pendant deux ans. Parallèlement, il convient d'ouvrir davantage les maisons de santé et la médecine salariée aux médecins plus âgés qui souhaiteraient se sédentariser.

La Commission adopte l'amendement AS 183.

Elle examine ensuite l'amendement AS 241 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement tend à poursuivre l'extension de l'accès au statut de praticien territorial de médecine générale. Originellement réservé aux jeunes médecins en fin de cursus universitaire, ce

contrat vient d'être ouvert aux médecins remplaçants. Nous proposons ici d'inclure dans ce dispositif les assistants des hôpitaux qui exercent à mi-temps et qui ont accompli moins de deux ans de services effectifs à temps plein au sein d'un établissement.

M. Gérard Sebaoun. Le texte ne devrait-il pas préciser que les assistants d'hôpitaux dont il est question sont ceux de médecine générale ?

M. Christian Paul, rapporteur. Il est probable que les médecins spécialistes ne signeront pas de tels contrats. La rédaction de l'amendement ne l'interdit certes pas, mais doit-elle le faire ?

La Commission adopte l'amendement AS 241.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 129 de M. Jean-Louis Roumegas.

Mme Véronique Massonneau. Cet amendement a pour objet d'introduire dans cet article le principe de l'éducation à la santé. Les maladies chroniques se développent fortement. Ce sont, pour la plupart, des maladies dites environnementales. Le cancer en fait partie et le nombre de cas a augmenté de plus de 40 % depuis 1980. La liste de ces maladies est longue ; elle comprend notamment l'obésité, le diabète et l'asthme. Toutes coûtent très cher à notre système de sécurité sociale. Le groupe écologiste est attaché à la prévention en matière de santé publique. Nous souhaitons donc que les jeunes médecins, en lien avec les agences régionales de santé, jouent un rôle dans l'éducation à la santé.

M. Christian Paul, rapporteur. Je suis favorable à cet amendement qui vient enrichir la liste des tâches que les praticiens territoriaux de médecine générale peuvent remplir. La question de l'éducation à la santé est très importante. Ce contrat porte une conception de l'exercice de la médecine générale qui ne se borne pas à l'accueil des patients dans un cabinet pour les soigner mais qui repose également sur des actions de dépistage, de prévention et, comme vous le proposez madame Massonneau, d'éducation à la santé. Il faudra progressivement insérer dans ces contrats des formes de rémunération adaptées à ces missions.

Mme Véronique Massonneau. Deux communes rurales, situées dans ma circonscription, ont créé un centre de soins - non une maison de santé - avec le soutien de l'agence régionale de santé. Elle regroupe de nombreuses activités médicales et accueille des internes pour les former. Les praticiens échangent sur la prévalence des pathologies dans leur patientèle et forment à l'éducation à la santé et à la prévention. Ces internes reviennent souvent à la fin de leurs études comme remplaçants et deux d'entre eux vont devenir titulaires. Cette expérience est un vrai succès.

M. Denis Jacquat. Afin d'éviter les récurrences, l'éducation thérapeutique du patient pourrait également être mentionnée...

M. Christian Paul, rapporteur. Je suis prêt à considérer que l'éducation thérapeutique fait partie des tâches que doit assumer une équipe de médecine de proximité. Le praticien territorial de médecine générale a l'avantage de pouvoir être mandaté sur des missions nouvelles.

M. Jean-Louis Roumegas. L'éducation à la santé vise à la prévention et l'éducation thérapeutique me semble d'une nature différente.

Mme la présidente Catherine Lemorton. L'éducation thérapeutique regroupe l'observance du traitement, l'accompagnement de l'entourage du malade et la prévention que doit mettre en œuvre le malade chronique pour préserver ce qui lui reste de son capital santé. Ayant entendu Véronique Massonneau, on peut penser que l'éducation thérapeutique va de soi dans le partenariat entre les praticiens réunis dans la maison de soins.

M. Denis Jacquat. La prévention est destinée à éviter les maladies chroniques, alors que l'éducation thérapeutique vise à éviter la survenance des périodes aiguës de la maladie. Cette éducation fonctionne très bien en Belgique, en Suisse et a été officiellement reconnue par la loi « HPST ».

La Commission adopte l'amendement AS 129.

Elle examine ensuite l'amendement AS 117 de M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Dans l'exposé des motifs de cet article, on considère que la définition des zones prioritaires devrait être du ressort des agences régionales de santé. L'objectif de cet amendement est plutôt d'établir un processus d'élaboration partagée, impliquant notamment les hôpitaux publics et les cliniques, sous l'autorité des agences. Chaque année, un objectif cartographié de création de maisons de santé serait fixé. Les budgets dévolus à cette création seraient sanctuarisés.

M. Christian Paul, rapporteur. Nous avons assez dénoncé le caractère inopérant des zonages utilisés pour l'avenant n° 20 ou pour les schémas régionaux d'organisation des soins ambulatoires pour ne pas être hostiles à cette coproduction sous l'autorité des agences régionales de santé. Cet amendement pourrait donc être adopté quitte à en préciser la rédaction en séance publique.

M. Olivier Véran. Les agences régionales de santé ont, depuis la loi « HPST », vocation à établir les volets ambulatoires des schémas régionaux d'organisation de soins, censés déterminer les besoins et l'offre de soins à répartir sur le territoire. Ces volets sont non opposables mais constituent des indicateurs forts et des lignes de conduite politique pour le déploiement territorial par les agences de l'ensemble des outils nécessaires. Les observatoires régionaux de santé produisent des données de même que la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (DRESS), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et l'assurance maladie. Beaucoup d'acteurs réfléchissent donc déjà à la localisation des centres

de santé et, sans être opposé à cet amendement, il me semble que cet exercice annuel de cartographie est une prérogative de l'agence régionale de santé.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement comporte deux éléments – la cartographie des zonages et la sanctuarisation des crédits budgétaires – que je souhaiterais disjoindre. Les agences régionales de santé reconnaissent que les zonages ont été élaborés après des concertations insuffisantes et n'étaient pas opératoires. Le précédent ministre de la santé leur avait demandé, pour des raisons budgétaires, de diviser par deux le nombre de zonages déficitaires : nous ne voulons évidemment pas faire de même. Mais le fonds d'intervention régional, le FIR, a été créé pour allouer aux agences régionales de santé des crédits leur garantissant des marges de manœuvre. La sanctuarisation nationale de ces crédits ne doit pas faire obstacle à une gestion souple de ces sommes par les agences régionales de santé, au niveau local. En l'état, l'amendement n'est donc pas acceptable sur ce point. L'objectif cartographié annuel pourrait en revanche être retenu ; cela permettrait de « décliner » le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires, procédure lourde qui n'est pas révisable chaque année.

M. Arnaud Richard. J'entends les arguments du rapporteur sur la souplesse qu'offrirait cette cartographie par rapport aux schémas régionaux d'organisation de soins ambulatoires actuels et je reconnais que le FIR n'a sans doute pas à être intégré dans un tel amendement.

Mme Sylviane Bulteau. Les sources de financement des maisons pluridisciplinaires de santé sont multiples ; elles proviennent des agences régionales de santé, des régions, des départements, voire des communes ou des organismes d'HLM ! Il convient d'apporter de la cohérence à ce système et de convenir des critères définissant les zones de désertification médicale. La réflexion n'est pas aboutie et cet amendement semble prématuré.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Si l'objectif cartographié de création de maisons de santé devait être conservé, il conviendrait d'ajouter à ces dernières les centres de santé dont l'organisation et les missions sont spécifiques.

M. Christian Paul, rapporteur. En tenant compte de notre discussion, l'amendement pourrait être ainsi rédigé : « *Afin de faciliter l'installation durable des jeunes praticiens, chaque agence régionale de santé élabore chaque année en concertation un objectif cartographié de création de maisons de santé et de centres de santé* ».

Cet amendement serait inséré à la suite du sixième alinéa de l'article 40.

M. Alain Richard. D'accord.

La Commission adopte l'amendement AS 117 ainsi rectifié.

Elle est saisie de l'amendement AS 242 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement vise à compléter les dispositifs de lutte contre les déserts médicaux en facilitant l'exercice de la médecine salariée. L'objectif n'est pas de réduire l'attractivité de l'exercice libéral. La médecine salariée constitue néanmoins un complément. Elle pourrait être exercée dans des maisons de santé pluridisciplinaires, dans des centres de santé – la ministre des affaires sociales et de la santé a lancé une mission sur ces centres pour en consolider le modèle –, ou à partir d'hôpitaux de proximité ou de mutuelles. Cela permettrait, au cours des prochaines années, de faciliter l'arrivée de plusieurs centaines de médecins, en plus des praticiens territoriaux de médecine générale, dans les territoires ruraux ou urbains souffrant d'un déficit de présence médicale.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur, j'espère que ce ne sont pas des médecins salariés des hôpitaux qui vont aller en ville car l'hôpital aurait à en pâtir.

D'autre part, pourquoi n'avez-vous pas voté hier l'amendement qui permettait à des médecins retraités d'exercer dans ces centres et dans les maisons de santé ? Je réitère donc cette proposition.

M. Denis Jacquat. Le contrat des médecins salariés doit être suffisamment long car les patients souhaitent être suivis par le même médecin pendant plusieurs années.

M. Olivier Véran. Proposer que des médecins libéraux à la retraite âgés de plus de 65 ans viennent travailler dans des zones peu denses ne me paraît pas être une solution de long terme !

M. Christian Paul, rapporteur. Personne ne s'est opposé à la faculté de faire appel à des médecins retraités : nous avons simplement mis en doute le caractère attractif de certaines exonérations de cotisation vieillesse.

Les médecins recrutés par des hôpitaux de proximité pourraient bénéficier de contrats de plusieurs années. Ces contrats devraient également garantir une certaine souplesse : venant de l'extérieur, ils pourraient ainsi exercer à l'hôpital et en ville, ou exclusivement au même endroit, tout en relevant de l'autorité de l'hôpital de proximité.

La Commission adopte l'amendement AS 242.

Puis elle adopte l'article 40 modifié.

Article additionnel après l'article 40

(art. L. 4322-1 du code de la santé publique)

Autorisation donnée aux pédicures-podologues de renouveler les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires

Cet article vise à autoriser les pédicures-podologues à renouveler les prescriptions initiales d'orthèses plantaires.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 243 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement concerne la profession des podologues. Les conclusions d'une concertation, menée ces dernières années, doit recevoir une transcription législative afin de leur permettre de renouveler quelques prescriptions médicales sans passer par un médecin.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 243.*

Après l'article 40

L'amendement AS 176 de M. Fernand Siré n'est pas défendu.

La commission est saisie de l'amendement AS 3 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. La loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a introduit l'obligation pour le médecin d'inscrire sur l'ordonnance la mention « *non substituable* » sous forme exclusivement manuscrite.

À l'heure où les médecins sont fortement incités, à travers notamment le paiement à la performance, à informatiser leurs cabinets et où s'engagent des réflexions sur les prescriptions électroniques pour lesquelles des expérimentations sont déjà prévues, une telle obligation a perdu tout sens.

M. Christian Paul, rapporteur. Un dialogue avec les syndicats de médecins a été organisé sur cette question. Néanmoins, notre objectif est d'atteindre le taux de 85 % de substitution pour les génériques. Il s'agit d'un impératif national qui nécessite la mobilisation de tous les professionnels : les pharmaciens doivent utiliser la disposition « tiers payant contre générique » prévue par leur convention et les médecins doivent limiter la prescription du non-substituable. C'est pourquoi l'inscription manuscrite, même si elle peut apparaître comme une tracasserie administrative, marque la participation des praticiens à l'effort commun. Il nous semble nécessaire que le refus du générique soit un acte délibéré et l'inscription informatique serait une facilité susceptible de générer des abus.

M. Arnaud Robinet. Si le médecin prescrit en dénomination commune internationale – DCI –, ne pourrait-on laisser la responsabilité de la substitution au pharmacien ?

M. Christian Paul, rapporteur. Je ne suis en tout cas pas favorable au recours à des logiciels sur ce point. Nous avons longuement entendu les professionnels de santé, notamment les généralistes, sur le sujet et nous ne prenons donc pas cette décision à la légère.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas en contraignant les citoyens que l'on obtient les meilleurs résultats. Il s'agit en l'espèce d'une demande insistante des généralistes dont, je le rappelle, nous manquons cruellement. Nous serions bien inspirés d'autoriser une mention informatique d'autant que c'est le législateur lui-même qui a poussé à l'informatisation des cabinets. Cette exception est très mal vécue par une profession qui est au cœur du système de soins et il vaudrait mieux éviter de décourager ceux qui ont cette vocation.

M. Christian Paul, rapporteur. Je ne pense pas qu'une vocation de médecin se décide uniquement sur l'obligation faite de porter épisodiquement une

mention manuscrite sur les ordonnances. Je ne suis pas hostile à l'idée de discuter la question avec les médecins dans le cadre de la simplification administrative. Mais, aujourd'hui, nous n'avons aucune garantie que la mention ne sera pas apposée automatiquement sur les ordonnances. Je reste donc défavorable à l'amendement.

M. Christian Hutin. Certaines caisses refusent d'ores et déjà le paiement quand la mention « non substituable » n'est pas manuscrite, anticipant la volonté du législateur. Par ailleurs, notre rapporteur a raison : une vocation de médecin ne se décide pas sur les modalités purement matérielles de la prescription. En tout cas, écrire à la main peut aider à la réflexion du médecin, sur la qualité de la prescription comme sur la gestion de la santé publique.

Mme la présidente Catherine Lemorton. De toute façon, avec les logiciels d'aide à la prescription, les médecins gagneront du temps par rapport à l'époque où ils rédigeaient leurs ordonnances entièrement à la main.

La Commission rejette l'amendement AS 3.

Article 41

Expérimentation des parcours de santé des personnes âgées

Dans un contexte d'augmentation du nombre de pathologies chroniques et d'affections de longue durée (cancer, diabète) et alors que l'espérance de vie continue de croître, une attention accrue doit être portée à l'accompagnement des patients dans la durée et à la continuité de leur prise en charge, de la médecine de ville à l'hôpital, de l'hôpital à leur domicile ou à un établissement médico-social. L'objectif est de parvenir à bâtir des parcours autour du patient qui permettent une prise en charge adaptée à l'évolution de son état de santé en évitant les points de rupture et les « détours » inutiles, et de générer ainsi des économies pour le système de santé dans son ensemble.

1. Une première expérimentation du parcours de soins initiée en 2012

La définition de parcours de soins et, au-delà, de parcours de santé, incluant une dimension préventive et d'éducation thérapeutique, constitue un enjeu majeur des années à venir, identifié depuis plusieurs années par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), notamment dans ses rapports sur « *Viellissement, longévité et assurance maladie* » (avril 2010) et « *Assurance maladie et perte d'autonomie* » (juin 2011).

Conformément aux recommandations de ce dernier, le présent article vise à organiser l'expérimentation de parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie décloisonnant les différentes structures de prise en charge (ville, hôpital, établissements médico-sociaux). Il s'inscrit à ce titre **dans la continuité de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012**, qui prévoit déjà un dispositif d'expérimentations visant à prévenir l'hospitalisation des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et à mieux gérer leur sortie d'hôpital.

Le déploiement de cette expérimentation a ainsi été l'occasion d'observer certaines difficultés et de cerner des problèmes pratiques de mises en œuvre qui ont permis de faire avancer la réflexion sur les parcours de santé, tels qu'ils sont présentés dans le présent article. L'ambition et la portée des deux dispositifs diffèrent en revanche largement. En effet, le dispositif de l'article 70 de la loi de financement pour 2012 répondait à un impératif d'action rapide et s'appuyait sur des projets déjà mûrs, reposant sur des acteurs bien identifiés. Il était, en outre, exclusivement orienté sur deux aspects du parcours de soins, la prévention de l'hospitalisation et la gestion de la sortie d'hôpital. Enfin, sa portée financière était limitée, puisque seul 1 million d'euros par an avait été prévu pour le financement des onze projets finalement retenus.

L'arrêté fixant le cahier des charges des expérimentations prévues par l'article 70 de la loi de financement pour 2012 a été publié le 26 septembre dernier ⁽¹⁾, avec un certain retard, les projets ayant dans les faits déjà été choisis et lancés.

Onze projets implantés dans sept régions ont ainsi été retenus pour mettre en œuvre ces expérimentations, qui font l'objet de conventions signées entre, d'une part, l'agence régionale de santé concernée et l'organisme local d'assurance maladie, « *pilotes opérationnels de l'expérimentation* » et, d'autre part, les établissements de santé, les professionnels de santé ou les représentants d'une maison de santé, d'un centre de santé ou d'un groupement de professionnels volontaires.

D'autres partenaires peuvent également être signataires de ces conventions comme les collectivités territoriales, les établissements médico-sociaux et les organismes d'assurance maladie complémentaire. L'apport et la participation de chacune des parties sont précisés dans le cadre de ces conventions.

Le cahier des charges annexé à l'arrêté prévoit deux modules possibles d'expérimentation :

– l'un axé sur **l'amont de l'hospitalisation**, pour essayer de la prévenir, qui vise à améliorer l'outillage des acteurs de premier recours afin de leur permettre de mieux répondre aux besoins de leur patientèle âgée, polypathologique et fragilisée ⁽²⁾ ;

– l'autre orienté sur **l'aval de l'hospitalisation**, pour améliorer la gestion de la sortie et des suites de l'hospitalisation, dans le but de préparer les sorties d'hôpital le plus tôt possible et assurer la fluidité de la prise en charge intrahospitalière ou entre le séjour hospitalier et le retour à domicile ou en établissement médico-social ⁽³⁾ .

Le présent article vise, pour sa part, à expérimenter sur l'ensemble d'un territoire une organisation du parcours de santé qui concerne potentiellement tous les malades âgés de plus de 75 ans et qui implique l'ensemble des professionnels de santé, les établissements hospitaliers mais également les établissements médico-sociaux, ainsi que les services sociaux départementaux. A cet égard, la participation des collectivités territoriales, et plus particulièrement des conseils généraux, constituera un élément de la réussite des projets. Leur réalisation supposera en effet une **profonde réorganisation de l'offre de soins et d'accompagnement social et médico-social** par rapport à l'existant.

Dans cette perspective, des travaux préparatoires ont été menés depuis le mois d'avril dans le cadre d'un comité de pilotage de l'expérimentation ; celle-ci

(1) Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges relatif aux expérimentations mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

(2) Aide à la décision pour les médecins traitants à partir d'une évaluation gériatrique complémentaire, organisation de la concertation pluridisciplinaire, via notamment le développement de plateformes gérontologiques multidisciplinaires.

(3) Développement de plate-formes de gestion des sorties interne à l'hôpital, mise en œuvre d'une évaluation pluriprofessionnelle partagée entre le milieu hospitalier et l'ambulatoire (participation du médecin traitant pour l'évaluation des besoins de la personne à sa sortie de l'hôpital), partage des informations nécessaires à l'orientation du patient à sa sortie, etc.

devrait en outre bénéficier d'un financement significatif que l'étude d'impact du présent projet de loi chiffre à **45 millions d'euros en année pleine**, mais seulement à 15 millions d'euros en 2013, eu égard aux délais de lancement des opérations.

2. Les parcours de santé des plus de 75 ans expérimentés dès 2013

Le **I** du présent article pose le cadre de l'expérimentation en précisant tout d'abord qu'elle se déroulera sur une **durée maximale de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2013**. Sa mise en œuvre fera l'objet de « projets pilotes » destinés à « *optimiser les parcours de santé* » des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (alinéa 1). Comme cela a été précisé à votre rapporteur, sont potentiellement concernées **toutes les personnes âgées de plus de 75 ans pour lesquelles a été identifié un risque de dégradation de l'autonomie** et d'hospitalisation évitable à court ou moyen terme. La définition plus précise des publics cibles autour desquels se déclineront les actions à mener fait actuellement l'objet de travaux au sein du comité de pilotage précité, sur la base de données relatives à la consommation de soins des plus de 75 ans élaborées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'objectif étant d'identifier les risques d'hospitalisations et de réhospitalisations (iatrogénie médicamenteuse, passages aux urgences, antécédents pathologiques, etc.).

Les projets pilotes seront définis dans le cadre d'un **cahier des charges national** arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de même que le périmètre territorial de mise en œuvre de chaque projet (alinéa 2). D'après les informations dont dispose votre rapporteur, les périmètres qui sont envisagés correspondent à des territoires de santé (entre 200 000 et 400 000 habitants) qui sont pertinents pour les agences régionales de santé, correspondent dans certains cas au département, et constituent le bon niveau pour la coordination avec les services sociaux. Au sein de ces « territoires pilotes », des subdivisions plus fines devraient ensuite permettre d'organiser les parcours au plus près du terrain.

Enfin, comme dans le cadre de l'article 70 de la loi de financement pour 2012, il est prévu que la mise en œuvre des expérimentations fasse l'objet de **conventions** conclues entre l'ensemble des acteurs des parcours de santé, en l'occurrence : les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales ainsi que, le cas échéant, des organismes d'assurance maladie complémentaire (alinéa 3). Votre rapporteur estime que ce champ pourrait d'ailleurs être élargi aux « *services médico-sociaux* », afin que les services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile soient inclus dans les expérimentations et considère qu'il conviendrait de viser les « *établissements de santé* » dans leur ensemble, l'expérimentation n'étant pas réservée au seul secteur hospitalier.

Au **II** (alinéa 4), sont prévues les **dérogations aux règles de facturation et de tarification** nécessaires à la mise en œuvre de l'expérimentation. En effet, la réalisation de parcours de santé, reposant sur une coopération poussée entre professionnels et une coordination de leurs interventions, n'est efficiente que si elle rémunère le parcours dans son ensemble et non les actes ou prestations pris isolément dans le cadre de ce parcours. Une tarification spécifique doit donc pouvoir être mise en place supposant un certain nombre de dérogations concernant :

– les principes et les bases de la tarification à l'acte des professionnels libéraux : **tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé** par les assurés sociaux et l'assurance maladie (articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale) ;

– le périmètre des **frais couverts par l'assurance maladie** sur les prestations d'hospitalisations, de transport, de prévention (articles L. 321-1 concernant les consultations médicales, les frais dentaires, les médicaments, les frais, de laboratoire, de radiologie, d'hospitalisation, et L. 322-10 relatif aux transports) ;

– le **paiement direct des honoraires médicaux** par le patient (article L. 162-2) ;

– les conditions de **participation des assurés** aux différents tarifs et frais prévues aux articles L. 322-2 et L. 322-3 (ticket modérateur, forfait journalier, franchises).

Outre cette liste qui recouvre les mêmes dérogations que celles figurant à l'article 70 de la loi de financement pour 2012, le II introduit des **dispositions spécifiques pour les établissements médico-sociaux**. Étendant le champ de ces dérogations aux articles L. 314-2 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles relatifs aux modes de tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des établissements de soins de longue durée accueillant ces mêmes personnes âgées dépendantes, il prévoit :

– la facturation par ces établissements à l'assurance maladie de la totalité des frais de séjour des personnes âgées accueillies en sortie d'hospitalisation (c'est-à-dire à la fois les charges d'hébergement, de dépendance et de soins) dans une limite de trente jours consécutifs ;

– une participation forfaitaire des résidents correspondant au montant du forfait journalier qu'ils acquittent à l'hôpital (18 euros).

Ces dispositions permettront de s'exonérer dans le cadre des parcours de santé du mode de tarification habituel des EHPAD qui prévoient un forfait soins couvert par l'assurance maladie, un forfait dépendance couvert par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) relevant des conseils généraux et par les

résidents pour le ticket modérateur, et un forfait hébergement couvert par les résidents sur leurs ressources propres ou par l'aide sociale s'ils n'ont pas suffisamment de revenus. Ainsi, pour une période donnée, l'assurance maladie pourra couvrir l'ensemble des dépenses autrement réparties par la réglementation entre trois sources de financement, une fois prise en compte une participation financière forfaitaire des résidents.

Outre les éventuelles contributions susceptibles d'être apportées par les signataires des conventions, le **III** du présent article prévoit un financement de l'expérimentation par les crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) et, plus précisément, les crédits du fonds issus de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie (1° de l'article L. 1435-9). Ces crédits devront être identifiés sur une **ligne budgétaire « fléchée »** dans le cadre de l'arrêté fixant annuellement le montant de la dotation de l'assurance maladie au FIR et, par dérogation au principe de fongibilité des crédits au sein d'un même « compartiment » du fonds, ils ne pourront être affectés au financement d'autres activités (alinéa 5). Rappelons que le FIR a été créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 afin de regrouper et mutualiser des crédits et dotations déjà existants au titre des actions des agences régionales de santé ⁽¹⁾ et ce dans le but de renforcer la capacité d'action transversale des agences et de leur donner des marges d'action supplémentaires. D'après les informations communiquées à votre rapporteur, les dérogations introduites au II devraient permettre notamment d'imputer sur le FIR certaines dépenses à caractère social, en contrepartie d'une implication forte des départements dans les projets pilotes.

Afin de rendre possible, techniquement, le suivi des personnes âgées en risque de perte d'autonomie de manière collective dans le cadre de ces parcours, le **IV** du présent article met en œuvre une procédure de **suivi sanitaire et social permettant aux professionnels de santé d'échanger des informations sur la prise en charge des patients**. Ce dispositif est cependant encadré : le champ des informations collectées est limité à celles « *strictement nécessaire à [la] prise en charge et relatives à [l']état de santé, à [la] situation sociale ou à [l']autonomie* » des patients ; quant au recueil et à la transmission de ces informations, ils sont soumis au « *consentement exprès et éclairé* » des patients, qui doivent également approuver préalablement la liste des professionnels et organismes auxquels ces informations sont transmises. Le texte précise, en outre, qu'en cas d'impossibilité pour le patient d'exprimer son consentement, il appartiendra à son représentant légal ou à la personne de confiance désignée par le patient de se prononcer. Enfin, les patients conserveront le droit de refuser « *à tout moment* » la transmission de certaines informations à un ou plusieurs professionnels ou organismes. Ces dispositions reprennent les dispositions déjà introduites à l'**article L. 1110-4 du code de la santé publique** relatif aux droits des personnes malades et des usagers

(1) Ce fonds regroupe depuis le 1^{er} mars 2012 les crédits régionaux de la permanence des soins (ambulatoires et en établissement), plusieurs dotations (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés hors investissements, mission d'intérêt général (MIG) centres périnataux, éducation thérapeutique, centres dépistage) et les crédits de prévention État et Assurance maladie relevant des ARS.

du système de santé par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi dite « HPST »⁽¹⁾. Un décret en Conseil d'État déterminera la nature exacte des informations concernées ainsi que la liste des professionnels susceptibles d'en être destinataires (alinéa 6).

En pratique, une évolution des systèmes d'information sera indispensable afin, à la fois, de dresser l'inventaire des ressources disponibles pour la prise en charge des personnes âgées et pour assurer leur suivi sanitaire et social de manière intégrée.

Enfin, une **évaluation annuelle de l'expérimentation transmise au Parlement** est prévue au **V** du présent article en vue de la **généralisation** de ces parcours de santé. Cette évaluation sera réalisée « *en liaison* » avec la Haute Autorité de santé (HAS) ainsi qu'avec l'ensemble des parties prenantes des expérimentations. Elle portera notamment sur : le nombre de professionnels de santé engagés dans les projets pilotes, la consommation de soins des patients concernés, le maintien de leur autonomie ainsi que les taux d'hospitalisation et, éventuellement, de réhospitalisation. Sous réserve d'anonymisation des données, l'évaluation pourra également comporter un suivi clinique individualisé et croiser des données relatives aux différents types de prise en charge (sanitaire, sociale et médico-sociale). Enfin, le texte fixe la date butoir du 1^{er} octobre pour la transmission de l'évaluation au Parlement (alinéa 7).

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 246 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, visant à inclure dans l'expérimentation du parcours de santé tous les établissements de santé, publics et privés.

Mme Martine Pinville. Il faut en effet inclure dans ce dispositif tous les établissements, en particulier les établissements de soins de suite et de réadaptation où sont placées les personnes âgées après une intervention chirurgicale.

Mme Isabelle Le Calennec. N'est-ce pas la même question que ce matin ?

M. Christian Paul, rapporteur. Non, là il s'agit de viser l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

La Commission adopte l'amendement AS 246.

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Puis elle examine l'amendement AS 245 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'inclure dans le dispositif, outre les établissements médico-sociaux, les services médico-sociaux.

Mme Martine Pinville. Il est important que les services d'aide à domicile, les services de soins infirmiers à domicile et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile – les SPASAD –, puissent participer à l'expérimentation que le projet de loi de financement vise à encourager. Ainsi, seraient fluidifiés, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les passages entre l'hôpital, les établissements de soins de suite et même le retour au domicile.

La Commission adopte l'amendement AS 245.

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS 247, également de M. Christian Paul, rapporteur.

Mme Martine Pinville. L'amendement vise à permettre aux SPASAD d'expérimenter de nouvelles modalités de financement et d'organisation, de façon à faciliter la coordination entre acteurs du parcours de santé des personnes âgées.

La Commission adopte l'amendement AS 247.

Elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS 248, AS 249 et AS 250, de M. Christian Paul, rapporteur.

La Commission adopte l'article 41 modifié.

Article 42

(art. 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012)

Abrogation de l'option de coordination

Le présent article vise à abroger l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, mettant en place une option de coordination afin de limiter les dépassements d'honoraires médicaux.

1. Les dépassements d'honoraire excessifs constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins

a) Depuis la création du secteur à honoraires libres, les dépassements d'honoraires ont considérablement augmenté

Pour mémoire, le secteur 2, instaurant la possibilité de dépasser le tarif de la sécurité sociale a été instauré en 1980 avec une entrée ouverte à tous les spécialistes et des honoraires libres dans la limite du « *tact et mesure* ». La convention médicale de 1990 en a fermé partiellement l'accès, le réservant aux anciens chefs de clinique. Les praticiens exerçant en secteur 1 sont également autorisés à dépasser, depuis la première convention médicale en 1971, à titre exceptionnel, pour exigence particulière du patient, comme la volonté de consulter en dehors des horaires d'ouverture du cabinet. Ce dépassement n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

En 2010, un médecin sur quatre en moyenne exerce en secteur à honoraires libres, dit secteur 2. Cette proportion est nettement plus élevée parmi les médecins spécialistes avec plus de quatre médecins sur dix.

En 2010, les dépassements d'honoraires ont représenté 2,5 milliards d'euros sur un total de 20,9 milliards d'euros d'honoraires, soit le double de ce qu'ils représentaient en 1990. L'étude sur les dépassements d'honoraires publiée par l'assurance maladie, le 17 mai 2011, explique ce dynamisme par une forte progression du taux de dépassements d'honoraires, combinée à une augmentation de la part de médecins spécialistes s'installant en secteur 2. Il convient ainsi de noter que par rapport au tarif opposable, le dépassement facturé moyen est passé de 38 % en 2000 à 56 % en 2011 pour les spécialistes.

Cette moyenne recouvre en réalité des situations très hétérogènes.

Tout d'abord, selon la CNAMTS, sur un total de 2,4 milliards d'euros de dépassements d'honoraires, 2,1 milliards d'euros sont réalisés par des spécialistes. Seuls 7 % des médecins généralistes exercent en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit à dépassement permanent⁽¹⁾. Les dépassements d'honoraires sont donc

(1) *Le droit à dépassement permanent était ouvert aux praticiens entre 1971 et 1980 en raison de leur qualité particulière résultant de leurs titres universitaires ou hospitaliers ou encore en raison d'une « autorité médicale accrue ». Très peu de médecins en sont encore titulaires.*

principalement le fait des spécialistes et en particulier des chirurgiens, des oto-rhino-laryngologistes, des gynécologues et des ophtalmologistes.

Par ailleurs, si les médecins de secteur 2 réalisent en moyenne 33 % de leur activité sans aucun dépassement, cette proportion est très variable selon les spécialités et selon les zones géographiques.

Enfin, il faut tenir compte des disparités géographiques dans les pratiques de dépassements d'honoraires. En ce qui concerne les taux de dépassements moyens, ceux-ci varient considérablement d'un département à l'autre. Dans une vingtaine de départements, le dépassement moyen ne dépasse pas 25 % du tarif opposable ; en revanche, d'après les données de la CNAMTS, il est de l'ordre de 150 % à Paris ou 110 % dans le Rhône, par exemple.

b) Ils génèrent des inégalités entre les patients, en termes d'accès aux soins, et entre les professionnels, en termes de rémunération

Les dépassements d'honoraires génèrent des inégalités dans l'accès aux soins, voire des renoncements à se soigner pour certains patients. Leur prise en charge par les organismes d'assurance complémentaires est extrêmement variable ⁽¹⁾ et concerne principalement les salariés ayant de hauts revenus.

Ils font également naître un sentiment d'injustice chez les praticiens dans la mesure où les différences de rémunération apparaissent souvent injustifiées. Les praticiens de secteur 1 demandent ainsi une revalorisation de leurs honoraires.

Enfin, les dépassements d'honoraires entraînent une répartition déséquilibrée des médecins sur le territoire français au profit des zones très médicalisées et riches.

Dès lors, la question de la maîtrise des dépassements et le développement de l'offre à tarif opposable est devenue une préoccupation majeure du Gouvernement.

c) Les dépassements abusifs sont insuffisamment encadrés et la notion de « tact et mesure » obsolète

L'article 53 du code de déontologie dispose que « *les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières* ». Le conseil national de l'ordre des médecins en rappelle périodiquement le principe. Dans l'interprétation qu'il en fait, la notion de « *tact* » renvoie à la façon dont sont demandés les honoraires, tandis que la « *mesure* » n'est pas une notion absolue relevant d'un barème, mais une adaptation aux

(1) Selon l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques « *Etude et résultats* » n° 789, une partie des dépassements est prise en charge pour 74 % des bénéficiaires d'un contrat collectif et pour 29 % des bénéficiaires d'un contrat individuel.

capacités financières de chaque patient (sans référence aux honoraires conventionnels), à la valeur de l'acte et à la notoriété du médecin.

De plus, l'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale, issu de la loi « HPST » de 2009, oblige les organismes d'assurance maladie à informer l'ordre des faits pouvant porter atteinte à la déontologie, afin qu'en soient saisies les chambres disciplinaires ou les sections des assurances sociales. La mise en œuvre de cette disposition a nécessité deux années d'échanges entre l'ordre et l'assurance maladie pour être mis en place.

Comme le note la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2012, on ne dénombre pas moins de cinq dispositifs proches les uns des autres pour sanctionner les dépassements abusifs : chambres disciplinaires, sections des assurances sociales de l'ordre, sanction directe des caisses d'assurance maladie, sanction pénale et sanction conventionnelle (au titre de l'annexe XXII de la convention médicale de juillet 2011).

Cependant, non seulement les instances ordinales ont été peu actionnées pour sanctionner les excès de dépassements d'honoraires. Mais un très petit nombre de sanctions ont été prises par les sections des assurances sociales et les chambres disciplinaires, si bien que les caisses d'assurance maladie ont commencé, en application de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, à notifier directement des pénalités financières (186 pénalités notifiées de 2008 à 2010). Parallèlement, les juridictions pénales ont jugé 74 affaires.

Les sanctions sont en définitive peu nombreuses et en moyenne peu sévères, alors que le volume des dépassements est de plus en plus important.

Par ailleurs la notion de « *tact et mesure* » semble devoir être précisée. La jurisprudence du Conseil d'État n'a en effet jamais donné un montant maximum d'honoraires, appréciant cette notion au cas par cas. Elle a cependant fixé des limites qui permettent de donner des taux de dépassements maximum se situant entre deux et trois fois le tarifposable de l'assurance maladie ⁽¹⁾.

2. L'échec de la mise en œuvre de l'option de coordination

a) L'option de coordination, actée en 2011, est un véritable échec

La convention médicale signée le 26 juillet 2011 prévoyait la mise en œuvre d'un « secteur optionnel » pour les médecins exerçant une spécialité de bloc (chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation). Celui-ci prévoyait

(1) *Le manquement au tact et mesure a été caractérisé pour des soins facturés, à plusieurs reprises au cours d'une même année à un prix cinq fois supérieur au tarif conventionné (CE, 4 décembre 1985, Daniel) ; pour des honoraires perçus qui représentaient entre trois et quatre fois les honoraires conventionnels alors que les actes effectués ne comportaient « aucune difficulté particulière » (CE, 21 novembre 03) ; pour des honoraires « dépassant le double du tarif conventionnel, à l'occasion d'actes ne comportant pas d'investigations particulières en matière de diagnostic ni d'actes thérapeutiques longs et délicats » (CE 30 juin 1993, Furter) ; le seul fait qu'un patient bénéficie d'une mutuelle qui couvrirait entièrement les honoraires ne saurait justifier à lui seul leur montant (CE, Mme DC, 30 septembre 2005).*

que ces médecins pourraient effectuer des dépassements d'honoraires limités à 50 % du tarif de base et devraient réaliser au moins 30 % de leur activité au tarif opposable. En contrepartie, une partie de leurs cotisations sociales devait être prise en charge par l'assurance maladie, comme pour les médecins de secteur 1. L'intégration des praticiens de secteur 1 avait suscité des débats mais n'avait pas été retenue, afin d'éviter une augmentation de leurs tarifs.

Ce dispositif n'avait pas été mis en œuvre.

C'est pourquoi l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a habilité le Gouvernement, en cas d'absence d'accord sur le secteur optionnel dans un délai d'un mois à compter de l'entrée en vigueur de la loi, à modifier par arrêté, pendant une durée de deux mois, soit jusqu'au 23 mars 2012, les dispositions de la convention médicale relatives à l'option de coordination pour mettre en œuvre le « secteur optionnel ». Cet article prévoyait également l'obligation de prise en charge de ces dépassements par les complémentaires santé dans le cadre des contrats responsables.

Aucun accord n'étant intervenu dans le délai fixé par la loi, le précédent Gouvernement a modifié par un arrêté du 21 mars 2012 la convention médicale du 26 juillet 2011. Cet arrêté portait le taux maximum des dépassements d'honoraires, dans le cadre de l'option de coordination, à 50 % du tarif opposable pour les trois spécialités de bloc.

En outre, le décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 a instauré l'obligation pour les contrats responsables de prendre en charge ces dépassements dans leur intégralité pour ces trois spécialités de bloc.

Comme le souligne l'étude d'impact, quelques dizaines de médecins seulement ont adhéré à ce dispositif, ce qui témoigne de l'échec de cette mesure. En outre, les organismes complémentaires ont fait part de leur refus de solvabiliser les dépassements d'honoraires au regard de la faiblesse de l'encadrement des dépassements proposée par le Gouvernement précédent.

b) Le Gouvernement actuel a privilégié la reprise des négociations

L'adhésion des praticiens à l'option de coordination a été suspendue par la ministre de la santé en juillet dernier.

Celle-ci a lancé des négociations entre la sécurité sociale, les organismes complémentaires et les syndicats représentatifs de médecins libéraux afin de réguler les dépassements.

Ces négociations devraient se terminer le 17 octobre. En cas d'échec, des dispositions seront prises dans le cadre du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

3. Une solution négociée est envisagée dans un premier temps afin de limiter les dépassements

a) Les cinq orientations de cadrage adoptées par le conseil d'administration de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie

Avant la première séance de négociation tripartite sur les dépassements tarifaires des médecins du 25 juillet 2012, le conseil d'administration de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a adopté le 19 juillet 2012, à l'unanimité sauf une abstention (CGT), les orientations qu'elle entend porter lors de cette négociation, en accord avec la politique du gouvernement.

L'objectif est de parvenir à la signature d'un avenant n° 8 à la convention nationale dont l'objet principal est d'améliorer l'accès aux soins des assurés en enrayant notamment l'accroissement des dépassements d'honoraires.

– instaurer, pour les médecins de secteur 2 établissant des honoraires à un niveau « *considéré comme excessif* », une procédure de sanctions conventionnelles des dépassements abusifs « *pouvant aller jusqu'au déconventionnement* » ;

– proposer aux médecins de secteur 2 un « *contrat d'accès aux soins* » à travers lequel ils s'engagent à « *permettre aux patients un accès à des soins aux tarifs opposables, ou avec un niveau de dépassement limité* », notamment pour ceux aux revenus modestes. En contrepartie, à l'instar de l'option de coordination, l'assurance maladie prendrait en charge une partie des cotisations sociales du praticien sur la part de l'activité réalisée aux tarifs opposables ;

– rechercher dans le cadre de ce contrat « *les possibilités d'améliorer l'accès aux soins spécialisés dans les territoires qui se caractérisent par une difficulté d'accéder aux soins aux tarifs opposables* » ;

– « *favoriser une juste valorisation des tarifs opposables* », tout en proposant aux syndicats de médecins un plafonnement du volume de dépassements des médecins de secteur 2. Un accord de modération tarifaire pour l'ensemble des médecins de secteur 2, serait susceptible de garantir sur une période donnée la maîtrise de dépenses de soins restant à la charge des patients ;

– élaborer une « *gestion active des tarifs* », établis « *sur des bases économiques, tenant compte du coût de la pratique et de la technicité des actes* » mais également du cadre contraint de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Le conseil d'administration de l'UNCAM a insisté pour que les « *négociations débouchent sur un dispositif lisible et contrôlable, qui génère une diminution sensible des restes à charge des patients* ».

b) L'UNCAM propose une nouvelle définition de la notion de « tact et mesure » par trois indicateurs

– le rapport entre les honoraires facturés aux assurés et le montant remboursable des soins délivrés ;

– la fréquence des actes avec dépassement et la variabilité des honoraires pratiqués ;

– le dépassement moyen annuel par patient, exprimé en pourcentage du revenu fiscal français moyen.

4. L'abrogation des dispositions législatives relatives à la mise en place de l'option de coordination

Le **I** du présent article vise à abroger l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Le décret et l'arrêté pris sur le fondement de ces dispositions seront également abrogés.

Le **II** abroge également le dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, qui inscrit dans les contrats responsables l'obligation de prendre en charge les dépassements d'honoraires encadrés par cette option de coordination.

Selon l'étude d'impact, à partir des simulations fournies par la DREES, on estime que cette mesure génèrera au minimum une économie de 190 000 euros sur la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales des médecins concernés, qui auraient été versées en 2014 au titre des honoraires facturés en 2013.

*

La Commission adopte l'article 42 sans modification.

Article 43

(art. 322-3 du code de la sécurité sociale)

Suppression de la participation de l'assurée pour les actes liés à l'interruption volontaire de grossesse

Le présent article vise à modifier l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, afin de prendre en charge en intégralité les frais liés à une interruption volontaire de grossesse (IVG).

En 2010, 225 000 IVG ont été réalisées en France.

Comme le souligne l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son rapport de 2009⁽¹⁾, huit ans après l'adoption de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, le contexte français demeure paradoxal.

En effet, la diffusion massive de la contraception n'a pas fait diminuer le nombre des IVG.

Par conséquent, si une partie des IVG apparaît évitable par un effort accru et mieux ciblé de prévention des grossesses non désirées, il serait illusoire d'en attendre une maîtrise totale de la fécondité. Des travaux de recherche montrent qu'une augmentation de 50 % de la prévalence de la contraception ne diminue que de 32 % le nombre d'IVG

Selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁽²⁾ les facteurs qui conduisent à une grossesse imprévue et à la décision de l'interrompre sont multiples, complexes, et échappent pour une large part à l'intervention publique. On estime que 40 % des femmes en France auront recours à l'IVG à un moment donné de leur vie.

Comme l'énonce le rapport de l'IGAS précité, l'IVG n'est « *pas un événement exceptionnel, elle constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive et doit être prise en compte en tant que telle.* » De plus, la prise en charge des femmes désireuses de pratiquer une IVG est un enjeu majeur de santé publique.

C'est pourquoi « *les femmes qui désirent interrompre une grossesse non désirée ont le droit d'être prises en charge : la mise en œuvre du droit à l'IVG correspond à une obligation de service public* ».

(1) Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, RM2009-112P, octobre 2009.

(2) N.BAJOS « Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre », in « La santé des femmes en France », DREES, Études et Statistiques, La Documentation française, 2009.

Pour garantir un égal accès à l'IVG des femmes qui le souhaitent, il convient d'abord de lever les obstacles financiers.

L'assurance maladie prend actuellement en charge à 100 % les IVG pour les assurées mineures et entre 70 % (en ville) et 80 % des frais (en établissement de santé) pour les assurées majeures.

Il convient donc d'une part de diminuer le reste à charge et d'autre part de rééquilibrer le remboursement des IVG pratiqués en ville et à l'hôpital pour mieux valoriser les premiers.

En outre, l'IVG instrumentale, soumise à un régime tarifaire spécifique, différent des autres activités médicales, demeure une activité déficitaire, en dépit de plusieurs revalorisations successives qui n'ont comblé qu'une partie du retard tarifaire. L'IVG continue donc à trouver difficilement sa place au sein des établissements de santé. Le recours quasi exclusif à la technique médicale dans certains établissements reflète plus le choix des équipes que celui des femmes. Cette évolution présente le risque, à terme, d'en faire la seule méthode pratiquée, le savoir-faire des autres méthodes se perdant peu à peu.

Le rapport de l'IGAS précité préconisait de poursuivre l'effort de revalorisation financière engagé et d'inscrire l'IVG dans le droit commun d'une tarification fondée sur les coûts.

Conformément à cette proposition, et comme l'énonce l'étude d'impact, le Gouvernement prévoit de procéder à une revalorisation des tarifs d'IVG pour les mettre en cohérence avec les coûts réels des établissements et garantir un accompagnement suffisant des femmes demandant une IVG.

Cette réforme tarifaire entraînerait de fait une augmentation proportionnelle du reste à charge pour les assurées subissant une IVG. Cette augmentation, de nature à freiner l'accès à l'IVG, rend nécessaire la révision des règles actuelles de participation des assurées à ces frais.

Le présent article modifie par conséquent l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, fixant la liste des frais de santé non soumis à la participation de l'assuré, pour ajouter « *les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article L. 321-1.* »

Selon l'étude d'impact, le coût de cette mesure s'élève à 13,53 millions d'euros, réparti entre la suppression du ticket modérateur pour :

- les IVG réalisées en ville (1,71 million d'euros)
- les IVG réalisées en établissements de santé publics et privés à but non lucratif (9,48 millions d'euros) ;
- les IVG réalisées en établissements de santé privés (2,34 millions d'euros).

La revalorisation des tarifs d'IVG conduit, pour la prise en charge du ticket modérateur, à un coût supplémentaire pour l'assurance maladie de 3,2 millions d'euros.

Un décret en Conseil d'État est nécessaire car l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale renvoie au pouvoir réglementaire le soin de mettre en œuvre, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), la suppression de la participation de l'assuré.

Ce décret devrait être pris en début d'année 2013.

*

L'amendement AS 81 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

*La Commission **adopte** l'article 43 **sans modification**.*

Article additionnel après l'article 43

(art. L. 162-13-3 du code de la sécurité sociale)

Instauration de la facturation séparée en cas de transmission d'un échantillon biologique

Le présent article vise à simplifier le mode de facturation des actes de biologie médicale par les laboratoires.

*

La Commission examine l'amendement AS 251 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'un article concernant la facturation des actes de biologie médicale. Les laboratoires de première intention, ceux qui effectuent les prélèvements, facturent désormais les prestations des laboratoires de seconde intention, ceux qui font les analyses, mais cette mesure est difficile à mettre en œuvre. Elle accroît les charges des premiers et provoque des retards de paiement chez les seconds. Il est donc proposé de revenir à la facturation séparée, système en vigueur jusqu'en décembre 2011 et sans inconvénient majeur.

La Commission adopte l'amendement AS 251.

Article additionnel après l'article 43

Expérimentation du tiers-payant intégral pour les soins de ville dispensés aux étudiants

Le présent article vise, afin de lutter contre les obstacles financiers à l'accès aux soins des étudiants, à expérimenter dans trois villes universitaires la généralisation du tiers-payant.

*

Elle examine l'amendement AS 191 de M. Christian Paul.

M. Christian Paul, rapporteur. D'une manière générale, nous souhaitons continuer à étendre le tiers payant. Aussi cet amendement propose-t-il de l'expérimenter, pendant deux ans, pour les soins de ville dispensés aux étudiants. Le mécanisme serait testé dans trois villes universitaires avant d'être évalué. Nous avons déjà évoqué la précarité, pour ne pas dire la misère sanitaire, en milieu étudiant. Le tiers payant pourrait se révéler un outil très efficace pour faciliter l'accès aux soins, puisqu'il éviterait l'avance des frais.

M. Jean-Louis Roumegas. Tous s'accordent en effet pour estimer que cette nécessité d'avancer les frais est un des premiers facteurs du renoncement aux soins.

M. Bernard Accoyer. Mais qui paiera le reste à charge, en l'absence de couverture complémentaire ?

M. Christian Paul, rapporteur. L'étudiant.

M. Gérard Sebaoun. Même dans ce cas, la disposition est indéniablement de nature à lever un obstacle aux soins.

M. Christian Paul, rapporteur. Une telle expérimentation est plus facile à réaliser auprès des étudiants dont les mutuelles font aussi fonction, par délégation du régime général, de caisses primaires. Le principal obstacle à l'extension du tiers payant tient en effet à la difficulté des échanges, dans les autres cas, entre l'assurance maladie et les assurances complémentaires.

M. Christian Hutin. Existe-t-il des étudiants qui ne relèvent pas du régime étudiant ? Je pense en particulier à ceux qui demeurent ayants-droits des parents.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Dans ce cas, ils relèvent également de l'assurance complémentaire de leurs parents si ceux-ci en ont une. Il n'y a pas de problème.

La Commission adopte l'amendement AS 191.

Article 44

(art. L. 5122-6, L. 5422-5 et L. 5213-3 du code de la santé publique ; art. L. 165-8-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Mesures relatives à la publicité pour les produits de santé

Le présent article vise à renforcer le contrôle de la publicité pour les médicaments et dispositifs médicaux.

1. Le renforcement des règles relatives aux publicités pour des médicaments

En l'état actuel du droit, l'article L. 5122-6 du code de la santé publique prévoit que la publicité auprès du public pour un médicament n'est admise qu'à la condition que ce médicament ne soit pas soumis à prescription médicale, qu'aucune de ses différentes présentations ne soit remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie et que l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique, notamment lorsque le médicament n'est pas adapté à une utilisation sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement.

Selon l'étude d'impact, depuis plusieurs années, les laboratoires obtiennent de la part de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) le visa de publicité grand public pour la promotion de spécialités dont les noms rappellent ceux de spécialités remboursables et ce, afin de capitaliser sur la notoriété de leurs marques remboursables tout en renforçant cette notoriété. Pour ce faire, ils ajoutent des préfixes ou des suffixes au nom de la spécialité remboursable.

Cette pratique entretient la confusion dans l'esprit du public et peut être assimilée à un détournement de l'interdiction de publicité pour les médicaments remboursables. Ainsi, les premiers cas sont survenus en 2007 et, depuis lors, le phénomène s'accroît (exemples : *voltaren emulgel / voltarenactigo ; advil / advilcaps ; efferalgan / efferalgantab ; nurofen / nurofenfem*).

Par conséquent, le **I** du présent article modifie l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, afin de préciser que la publicité pour un médicament est possible à conditions que « *sa dénomination ne soit pas une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes d'assurance maladie, y compris une reprise partielle dès lors qu'elle évoque de façon significative ladite dénomination remboursable.* »

Le **II** complète, en outre, l'article L. 5422-5 du même code, afin de prévoir que la publicité pour un médicament dont la dénomination est une reprise de la

dénomination d'un médicament remboursable est punie de 37 500 euros d'amende.

2. L'encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux remboursables

L'actuel article L. 5211-1 du code de la santé publique définit ainsi les dispositifs médicaux : « *tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques.* »

L'article L. 5213-1 du code de la santé publique dispose que l'on entend par publicité pour les dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou l'utilisation de ces dispositifs, à l'exception de l'information dispensée dans le cadre de leurs fonctions par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur.

En l'état actuel du droit, selon l'article L. 5213-3 du même code, ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, à l'exception des dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Or, cet encadrement ne permet pas d'interdire la publicité pour des dispositifs médicaux qui entraîneraient des coûts importants pour les finances sociales. Seuls les critères sanitaires déterminent l'autorisation de publicité.

De plus, décret n° 2012-743 du 9 mai 2012 relatif à la publicité pour les dispositifs médicaux, qui prévoit que la publicité auprès du public ne doit comporter aucun élément qui « *comporterait des offres de primes, objets ou produits quelconques ou d'avantages matériels directs ou indirects de quelque nature que ce soit* » ou « *se référerait à une recommandation de personnes qui, bien que n'étant ni des scientifiques ni des professionnels de santé, peuvent, par leur notoriété, inciter à l'utilisation de dispositifs médicaux* », exonère de ces deux dispositions l'ensemble des dispositifs de classe I et IIa, soit la totalité des dispositifs médicaux non implantables.

Il est donc nécessaire de renforcer l'arsenal juridique dont les pouvoirs publics disposent pour limiter la publicité pour les dispositifs médicaux, en

particulier lorsqu'ils peuvent entraîner des dépenses excessives pour l'assurance maladie.

Le **III** du présent article propose par conséquent une nouvelle rédaction de l'article L. 5213-3 du code de la santé publique, qui précise que les dérogations à l'interdiction de publicité ne s'appliquent qu'aux dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine et dont la promotion n'est pas susceptible d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.

Selon l'étude d'impact, un arrêté précisera le champ de cette mesure.

La liste des dispositifs médicaux pouvant entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie, qui feront l'objet d'un encadrement de la publicité sera déterminée en fonction des critères suivants : hétérogénéité des spécifications techniques du dispositif concerné, existence de campagnes grand public déjà régulières se référant à une recommandation de personnes qui, bien que n'étant ni des scientifiques ni des professionnels de santé, peuvent, par leur notoriété, inciter à l'utilisation de dispositifs médicaux.

Ces critères s'apprécieront au cas par cas, et il n'est pas possible de fixer un seuil unique au-delà duquel il serait considéré que le dispositif médical est trop coûteux.

Seront ainsi concernés, par exemple :

– les dispositifs médicaux dont l'économie est régulée par un prix limite de vente et dont la publicité auprès du grand public serait susceptible d'entraîner des dépenses injustifiées (pansements à l'argent) ;

– les dispositifs médicaux de maintien à domicile (sièges coquilles) ;

– les dispositifs médicaux à destination d'un grand public (orthèses de type ceinture lombaire).

3. L'appui de sanctions financières et pénales pour faire respecter les règles relatives à la publicité pour les dispositifs médicaux remboursables

Le **IV** du présent article crée un nouvel article L. 165-8-1 du code de la sécurité sociale, afin de prévoir les sanctions pénales applicables en cas de manquement aux règles relatives à la publicité pour les dispositifs médicaux remboursables.

Celui-ci prévoit que lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité ont été prononcés par l'ANSM et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé (CEPS) peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État.

Enfin le **V** du présent article prévoit que les dispositions du I et II entrent en vigueur six mois après la publication de la présente loi.

Deux décrets seront nécessaires à l'application de cet article. Le premier sera relatif à la pénalité financière infligée par le CEPS au fabricant ou au distributeur du dispositif médical à l'encontre duquel l'ANSM a prononcé un retrait d'autorisation de publicité.

Le deuxième, doublé d'un arrêté, viendra préciser les conditions d'interdiction de publicité pour les dispositifs médicaux remboursables présentant un risque de dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.

L'impact financier de ces mesures est évalué à 20 millions d'euros au titre de l'encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux, 5 millions pour les médicaments et 0,7 million au titre de l'application des sanctions financières.

*

L'amendement AS 82 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

La Commission examine l'amendement AS 21 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. L'interdiction posée par l'article 44 n'a pas pour objet d'entraver l'essor de l'automédication justifiée, de restreindre les mesures de régulation du Comité économique des produits de santé (CEPS) sur les médicaments remboursables, ni de limiter les sanctions prévues au II.

En revanche, la portée du I justifie de lever les ambiguïtés éventuelles de la notion de « *reprise de dénomination* ».

M. Christian Paul, rapporteur. Non seulement un décret en Conseil d'État n'est pas nécessaire, mais il pourrait conduire à différer la mise en œuvre de cet article ! Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 21.

Puis elle adopte l'article 44 sans modification.

Article 45

(art. L. 5121-12-1, L. 162-17-2-1 et L. 162-17-2-2 [nouveau] du code de la santé publique)

Recommandations temporaires d'utilisation et prise en charge de médicaments pour lesquels il existe des alternatives thérapeutiques

Le présent article vise à étendre la possibilité d'élaborer, à titre exceptionnel, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication. Il précise en outre les conditions de remboursement des patients traités au moyen de ces spécialités.

1. Les prescriptions « hors AMM » sont à bon droit encadrées

La prescription hors autorisation de mise sur le marché (« hors-AMM ») est aujourd'hui possible en France, au nom de l'intérêt des malades mais aussi de la liberté de prescription des médecins.

Ainsi, le code de déontologie médicale, codifié à l'article R. 4127-8 du code de la santé publique, prévoit que *« dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »* Ce principe est également affirmé par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, comme la liberté d'installation, le secret professionnel et la liberté de choix du médecin par le malade.

L'ampleur de la prescription « hors-AMM » est difficile à mesurer. En effet, son repérage n'est aujourd'hui possible que par le biais de la prise en charge par la sécurité sociale.

Selon le rapport des Assises du médicament de juin 2011, les prescriptions « hors-AMM » représenteraient de 15 % à 20 % des prescriptions totales toutes spécialités confondues, et d'avantage dans les spécialités comme la pédiatrie, la gériatrie, la cardiologie, la cancérologie. Loin d'être cantonnées à l'hôpital, elles concerneraient l'ensemble du parcours de soins.

La prescription « hors-AMM » peut être légitime. Certains usages « hors AMM » des médicaments résultent de recommandations de prescription émises par les autorités sanitaires, d'autres sont prévus par les textes (comme les autorisations temporaires d'utilisation destinées à soigner des maladies rares, les protocoles thérapeutiques temporaires ou encore certains médicaments prescrits pour le traitement ambulatoire des maladies rares et des affections de longue durée).

Cependant, l'affaire du *Mediator* (prescrit à 78 % « hors AMM ») a révélé les dangers de ce phénomène. C'est pourquoi la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a encadré son usage. Un produit de santé ne peut être prescrit « hors AMM » qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsque l'indication ou les conditions d'utilisation considérées ont fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation, établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Ces recommandations ont été établies pour servir de levier afin, d'une part, d'enrichir les connaissances sur l'efficacité et la tolérance du médicament à partir du suivi des patients traités et, d'autre part, de conduire le laboratoire titulaire de l'autorisation à déposer à terme une demande d'extension d'indication dans l'utilisation recommandée.

Sur ce point, il semble que la législation doive être adaptée pour éviter des pratiques d'optimisation de certaines entreprises pharmaceutiques.

2. Cependant, les contournements de la législation relative à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments pèsent sur les comptes sociaux et sur la prise en charge des malades

Comme le souligne l'étude d'impact, certaines stratégies commerciales peuvent conduire à la commercialisation d'une même molécule sous des noms de marque différents, ce qui permet aux laboratoires d'obtenir une valorisation distincte de cette même molécule dans différentes indications. En pratique, certaines firmes ne développent pas une spécialité dans une indication donnée. Cela conduit à la présence sur le marché, dans cette indication, d'une seule spécialité pharmaceutique.

Cette situation monopolistique, alors même que d'autres spécialités pourraient obtenir la même indication, rend difficile la négociation du prix, pour la spécialité ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, ce qui génère des dépenses importantes pour l'assurance maladie. Cela induit en outre des prescriptions « hors-AMM » et donc un risque de sécurité sanitaire en l'absence de cadre établi par les autorités sanitaires, le laboratoire refusant de demander une extension de son autorisation.

Face à ce type de stratégie commerciale, les pouvoirs publics sont aujourd'hui impuissants. En effet, une entreprise n'a aucune obligation en l'état actuel du droit, de demander une extension d'indication thérapeutique pour une spécialité utilisée « hors AMM ».

3. L'élaboration de recommandations temporaires d'utilisation en cas d'alternative thérapeutique permettra d'éviter les dérives

Afin de résoudre ce problème, il est proposé d'étendre la possibilité d'élaborer, à titre exceptionnel, une recommandation temporaire d'utilisation

(RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication. Cette possibilité est conditionnée, soit à un impératif de santé publique (comme celui de la sécurisation de prescriptions « hors AMM »), soit à une exigence de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. La recommandation temporaire d'utilisation sera élaborée par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé.

Le **I** du présent article introduit un nouveau paragraphe V à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, qui prévoit que par dérogation aux dispositions dans lesquelles une prescription « hors AMM » est possible, et en présence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation.

Cette recommandation temporaire d'utilisation ne peut être établie que dans l'objectif, soit de remédier à un risque avéré pour la santé publique, soit d'éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie.

Les critères pris en compte pour déterminer « un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie » seront notamment les suivants : population cible, pathologie concernée, écart de prix entre le médicament bénéficiant de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication et celui pour lequel une RTU est envisagée, efficacité du produit. Ces critères seront à apprécier au cas par cas.

Votre rapporteur tient ici à souligner que la disposition proposée est en cohérence avec la loi sur la sécurité sanitaire des produits de santé, visant à bien distinguer l'usage légitime du « hors AMM », faisant l'objet d'une recommandation de la nouvelle agence et d'un suivi des malades, et son usage illégitime.

Le **1°** du **II** apporte une précision rédactionnelle à l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale.

Le **2°** introduit un nouvel article L. 162-17-2-2 dans le même code, précisant les conditions de remboursement des spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation d'utilisation temporaire au titre de leur impact financier.

La règle générale veut que les médicaments prescrits « hors AMM » ne doivent pas être pris en charge. Il existe à ce principe une dérogation prévue à l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, pour les médicaments « hors AMM » soignant des maladies rares et des affections de longue durée, dont le remboursement est décidé après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale de sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé.

Le présent article s'aligne sur les conditions de remboursement des autres médicaments prescrits « hors AMM ».

Il est prévu que les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé, être inscrites, au titre de cette recommandation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, c'est-à-dire la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application de l'alinéa précédent, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

À défaut :

– le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS), par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité en tenant compte principalement, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;

– le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé.

La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'UNCAM pour les autres médicaments bénéficiant de recommandations temporaires d'utilisation.

Les médicaments qui ne sont inscrits sur aucune liste seront pris en charge ou remboursés dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'UNCAM.

Il est précisé qu'un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les

listes mentionnées au premier alinéa, et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré. Il serait publié à la fin du premier semestre 2013.

Selon l'étude d'impact, le chiffrage réalisé à partir de plusieurs situations actuelles pour lesquelles une recommandation temporaire d'utilisation telle que décrite ci-dessus pourrait exister représenterait un impact financier estimé à 8 millions d'euros en 2013, à 68 millions d'euros en 2014 et 112 millions d'euros au cours des années suivantes. Ce chiffrage est fondé sur l'hypothèse de l'inscription sur les listes de médicaments remboursables au titre de la recommandation temporaire en novembre 2013 (délai nécessaire à la mise en place d'une recommandation et à l'inscription au remboursement) et sur une hypothèse de report de prescription d'une spécialité sur l'autre de 30 % en 2014 et 50 % au cours des années suivantes.

*

L'amendement AS 83 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

La Commission est saisie d'un amendement AS 20 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Cet amendement tend à supprimer l'article.

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées en 2011 par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament afin de pallier, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

L'article 45 autorise l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à délivrer une recommandation temporaire pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication concernée. Il dévoie ainsi la recommandation temporaire en en faisant un instrument à finalité économique. En outre, il entraînerait une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché pour un produit ou une indication seront pénalisées si des recommandations temporaires sont attribuées à des produits pour lesquels aucune autorisation n'aura été demandée.

Par ailleurs, l'article légaliserait un inégal accès aux soins : certains patients, pour des raisons de coût, se verraient imposer un traitement dont le rapport favorable bénéfice-risque n'aurait pas été établi.

Seules des préoccupations de santé publique, en l'absence d'alternative thérapeutique, peuvent justifier la prescription hors autorisation de mise sur le marché (« hors AMM »), d'autant que l'État a tous les moyens d'intervenir s'il considère qu'il existe un dysfonctionnement économique ou financier.

M. Christian Paul, rapporteur. Je sais l'attachement d'Arnaud Robinet à la loi sur le médicament de 2011. Mais nous pouvons encore améliorer ce texte, au nom du même esprit de responsabilité qui a présidé à son élaboration. Aujourd'hui, les prescriptions « hors AMM » sont possibles mais très encadrées. L'article 45 tend à mieux distinguer l'usage légitime du « hors AMM » de son abus. En effet, certains laboratoires recourent à des pratiques commerciales douteuses, refusant de demander l'extension de leur autorisation pour des produits dont l'efficacité est avérée. Nous pourrions citer des noms si nécessaire ; je vois que Bernard Accoyer les a lui aussi à l'esprit. Des médicaments produits par les mêmes groupes sont ainsi commercialisés à des tarifs extrêmement différents. Nous proposons donc d'autoriser, dans des conditions précises qui garantiront la sécurité des patients et seront appréciées au cas par cas par l'ANSM, l'utilisation « hors AMM » de médicaments qui pourraient rendre d'immenses services à des prix significativement inférieurs à ceux qui sont pratiqués aujourd'hui.

Ce sujet mérite que nous en débattions, monsieur Robinet. Prenons garde de ne pas protéger d'instinct la loi originelle, ce qui nous empêcherait de progresser ensemble.

M. Bernard Accoyer. L'improvisation qui a conduit à proposer cet article, s'agissant de la procédure dûment encadrée d'autorisation de mise sur le marché et dans un contexte d'attention accrue à la sécurité du médicament, est dangereuse. Certes, une décision récente portant sur une maladie gravement invalidante renchérit considérablement la prise en charge des patients en secteur hospitalier, qui faisait auparavant l'objet d'un accommodement. Mais le cas du produit évoqué, qui a permis d'améliorer le traitement du cancer et s'est révélé remarquablement efficace contre une maladie dégénérative qui constitue la première cause de cécité, est tout à fait particulier. Si nous sortions du cadre spécifique dans lequel les recommandations temporaires d'utilisation étaient jusqu'à présent délivrées, nous le regretterions amèrement et nous pourrions être appelés à rendre des comptes.

Je soutiens donc l'amendement de suppression.

M. Gérard Bapt. L'article vise à résoudre un problème évoqué lors de la discussion de la loi sur le médicament. Indépendamment de l'épisode récent auquel il a été fait référence, imaginons qu'un produit devenu générique manifeste en pratique des effets bénéfiques non indiqués dans l'autorisation de mise sur le marché initiale : le laboratoire n'aura aucun intérêt à engager des études cliniques coûteuses pour obtenir l'extension de l'autorisation puisque la molécule est tombée dans le domaine public. Le plus souvent, la puissance publique ne peut non plus procéder à ces études, surtout si ne sont concernés qu'un petit nombre de patients. Voilà pourquoi le pouvoir dévolu à l'ANSM de délivrer une recommandation temporaire d'utilisation doit être étendu, ce qui suppose bien entendu une vigilance accrue.

Monsieur Accoyer, c'est depuis plusieurs années que l'indication de *l'Avastin* est contrariée par celle du *Lucentis*. Les molécules des deux produits appartiennent à la même famille ; les laboratoires *Novartis* et *Roche* en ont racheté les droits à l'entreprise qui la produisait. Cette molécule empêche la prolifération des vaisseaux, ce qui explique qu'elle puisse à la fois enrayer l'extension des cellules tumorales en « asséchant » la vascularisation et traiter la forme dite exsudative de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Si le laboratoire qui produit *l'Avastin* se refuse à demander l'autorisation de mise sur le marché, c'est en raison de circonstances économiques tout à fait particulières, contrairement à ce que laisse entendre l'exposé sommaire de l'amendement. En effet, les deux laboratoires sont liés par des intérêts commerciaux communs, l'un touchant des royalties de l'autre, et tous deux se partagent le marché mondial de cette indication, lequel représente 3 milliards de dollars et se développe rapidement avec le vieillissement de la population et les progrès du dépistage de la DMLA. Un laboratoire lié à celui qui produit le médicament, ou qui a intérêt à le commercialiser dans tel ou tel pays, ne saurait aller contre les intérêts de son partenaire ou les siens propres.

En soutenant le texte du Gouvernement, nous témoignons notre confiance à la nouvelle agence du médicament, créée par une loi dont, si je ne m'abuse, Arnaud Robinet était rapporteur, et qui réunira en fin de semaine prochaine son premier conseil d'administration.

M. Gérard Sebaoun. On sait aujourd'hui que l'un des deux médicaments, en injection, peut remplacer l'autre. Mme Touraine l'a dit avec la prudence à laquelle elle est tenue. Selon une étude menée en Grande-Bretagne, l'économie ainsi réalisée y approcherait 90 millions d'euros. La substitution se pratique couramment en Belgique, comme d'ailleurs, dans la pratique, dans notre pays. Ce problème doit être résolu. Nous ne pouvons accepter que les laboratoires entravent la poursuite d'un objectif de santé publique : le traitement de la DMLA au meilleur coût pour la société.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Contrairement à l'idée que certains cherchent à diffuser dans l'opinion publique, l'article 45 n'est pas un article de circonstance. On évoque un cas qui a fait la une des journaux, mais bien d'autres molécules sont concernées. Monsieur Robinet, dois-je rappeler une fois de plus les conclusions du rapport publié en 2008 par la Commission européenne, fondé notamment sur des perquisitions dans les sièges sociaux des laboratoires et qui mettait en évidence la stratégie des brevets « en grappe », laquelle consiste à demander des brevets à chaque stade de fabrication du produit pour éviter que celui-ci ne tombe dans le domaine public ? Je regrette que Bernard Accoyer ne soit plus là pour m'entendre.

M. Christian Paul, rapporteur. Je le répète, la décision sera appréciée au cas par cas et conformément à la doctrine de sécurité récemment publiée par

l'ANSM. Il n'y a là aucune improvisation, contrairement à ce que disait l'un d'entre vous, qui a jugé le sujet suffisamment grave pour quitter la réunion !

M. Denis Jacquat. Pas de procès d'intention !

M. Jean-Pierre Door. Il avait un autre engagement !

M. Gérard Bapt, rapporteur. C'est une habitude.

M. Jean-Pierre Door. Je me souviens de membres de votre groupe qui, chaque semaine, arrivaient en réunion pour en repartir presque aussitôt !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Mais ils ne venaient pas donner des leçons.

La Commission rejette l'amendement AS 20.

Puis elle examine l'amendement AS 252 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit de préciser que les recommandations temporaires d'utilisation visant à éviter des dépenses significatives seront demandées « à titre exceptionnel ».

La Commission adopte l'amendement AS 252.

Puis elle adopte l'article 45 modifié.

Après l'article 45

La Commission examine l'amendement AS 120 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Les médicaments génériques ont permis à la sécurité sociale de réaliser de substantielles économies. Il convient donc d'inscrire les médicaments au répertoire des génériques une fois qu'ils sont tombés dans le domaine public. L'amendement tend à modifier le code de la santé publique afin que deux médicaments administrés par voie respiratoire puissent être inscrits au répertoire des génériques, ce qui permettra aux pharmaciens d'exercer leur droit de substitution.

M. Christian Paul, rapporteur. La question est intéressante et la réponse plutôt séduisante, mais elle pose deux problèmes. D'abord, pour un même principe actif, l'efficacité d'un médicament peut varier selon le système d'inhalation. Ensuite, si le *spray* est substitué en cours de traitement au médicament précédemment administré, le patient risque d'être déstabilisé, ce qui nuira à l'efficacité du produit, en particulier chez les personnes âgées. Il faudrait donc au moins s'assurer que le *spray* est prescrit au début du traitement. Plusieurs pays européens ont d'ailleurs très strictement encadré la substitution de ces produits.

Nous travaillons donc avec la présidente à un amendement qui remédierait à ces difficultés tout en donnant satisfaction à votre légitime demande.

Avis défavorable.

M. Francis Vercamer. J'accepte de retirer mon amendement au profit du vôtre.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Merci, monsieur Vercamer. Il s'agit simplement d'éviter de déstabiliser le patient pour des raisons purement mécaniques.

L'amendement AS 120 est retiré.

Article additionnel après l'article 45

(art. L. 5121-2 du code de la santé publique ; art. 41 de la loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé)

Interdiction de mentionner le nom d'un fabricant pharmaceutique sur une ordonnance

Le présent article vise à interdire la mention du nom d'un fabricant sur une ordonnance.

*

La Commission en vient à l'amendement AS 262 de la présidente.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous souhaitons éviter que le nom d'un laboratoire générique ne soit mentionné lors de la prescription d'une spécialité pharmaceutique en dénomination commune internationale. Cela devrait contribuer à rendre notre pays moins réfractaire aux génériques. En réalité, un seul laboratoire est concerné, celui-là même dont les publicités à la télévision vont être taxées et qui est la filiale de certain grand laboratoire dont on a beaucoup parlé grâce aux travaux de Gérard Bapt.

M. Arnaud Robinet. Vous parlez de *Biogaran*.

Mme la présidente Catherine Lemorton. En effet. Il est toujours sur le devant de la scène : cela finit par être suspect ! En pharmacie, les patients à qui leur médecin a prescrit un générique en précisant le nom de cette marque refusent le générique d'un autre laboratoire.

M. Arnaud Robinet. Je ne suis pas opposé à votre amendement, mais ne risque-t-il pas de déresponsabiliser le pharmacien ? N'est-ce pas à lui de convaincre le patient de se tourner vers un générique équivalent si celui qu'il demande n'est pas disponible ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je sais d'expérience que son effort serait vain. Quand il n'y a que 2,50 euros de différence, pour l'amoxicilline par exemple, le pharmacien finit par se décourager.

M. Arnaud Robinet. Autant supprimer les noms de marque des boîtes de génériques, comme on envisage de le faire sur les paquets de cigarettes !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il n'est pas question d'aller jusque-là.

M. Francis Vercamer. Quelle sanction le praticien encourt-il ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Les pharmaciens feront état de cette pratique, la caisse primaire la constatera et je ne doute pas qu'elle prendra fin très rapidement.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 262.

L'amendement AS 29 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

Elle en vient ensuite aux amendements identiques AS 119 de M. Arnaud Richard et AS 132 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Arnaud Richard. Il s'agit de lutter contre les stratégies visant à contourner la prescription de génériques. L'année 2011 a en effet été marquée par un recul inédit des génériques, que le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie explique par un transfert de la prescription vers les produits hors répertoire, donc encore sous brevet. Il est donc proposé de créer un répertoire des équivalents thérapeutiques afin d'obliger l'ANSM, la Haute Autorité de santé et l'assurance maladie à définir la notion de « *garanties thérapeutiques indubitables* ».

La présidente et le rapporteur devraient approuver cet amendement puisqu'ils ont proposé le même, ou presque, l'année dernière.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Et toutes les années précédentes !

M. Christian Paul, rapporteur. Le Gouvernement a l'intention de proposer aux professionnels et aux publics plusieurs bases de données indépendantes dans le domaine de la santé. La ministre de la santé l'a rappelé publiquement il y a quelques jours. C'est donc au Gouvernement d'apprécier l'opportunité de cet amendement, que je vous suggère par conséquent de déposer à nouveau en séance.

M. Arnaud Richard. Je suis surpris de votre réponse. Vous étiez d'accord avec moi lorsque vous siégiez dans l'opposition !

M. Christian Paul, rapporteur. Cela n'a rien d'incohérent.

M. Arnaud Richard. S'il voulait se prononcer sur nos amendements, le Gouvernement n'avait qu'à venir en commission. Les prérogatives du Parlement nous autorisent à voter l'amendement sans attendre son avis, quitte à reprendre cette discussion dans l'hémicycle. Sinon, le travail en commission ne sert à rien ! Il y va de votre légitimité de rapporteur. Mais votre réaction est compréhensible de la part d'un membre de la majorité.

M. Christian Paul, rapporteur. Une nouvelle disposition législative est inutile : votre demande est en effet satisfaite par l'article 8 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, qui

prévoit la constitution par l'ANSM et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) d'une base de données sur les traitements et le bon usage des produits de santé.

De plus, le Gouvernement ayant, comme je l'ai dit, l'intention de créer une base de données des produits de santé, peut-être envisage-t-il d'aller au-delà de cette disposition et nous aurions donc tout intérêt à ouvrir le dialogue avec lui sur le sujet, plutôt que de répéter ce que dit déjà la loi.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ne soyez pas déçu, monsieur Richard, nous sommes globalement d'accord avec vous. Ce dossier avancera, d'autant plus que la question des médicaments biosimilaires, qui se posera bientôt, devra être également traitée.

M. Jean-Louis Roumegas. Tous les défenseurs des médicaments génériques demandent qu'ils soient répertoriés. J'entends votre réponse mais je ne vois pas pourquoi la Commission n'affirmerait pas sa volonté, quitte à ce que le Gouvernement nous demande de retirer ces amendements en séance, ce que, pour ma part, je ferai bien volontiers s'il a une solution à nous proposer.

M. Christian Paul, rapporteur. Je ne crois pas que le Parlement sorte renforcé de l'adoption d'une disposition qui figure déjà dans la loi. Je vous renvoie à nouveau à l'article L. 161-40-1 du code de la santé publique invitant l'ANSM, en liaison avec la Haute Autorité de santé et l'UNCAM, à créer une base de données administrative et scientifique sur les traitements.

Cela étant, vous pourriez fort bien retirer vos amendements et les redéposer en séance publique. Le débat aura alors lieu très sereinement.

M. Arnaud Richard. Nous les maintenons.

La Commission rejette les amendements AS 119 et AS 132.

Article 46

(art. 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ; art. L. 6143-7 et L. 6161-2 du code de la santé publique)

Encadrement de la visite médicale à l'hôpital

Les activités de promotion du médicament par démarchage ou prospection auprès des professionnels de santé sont régies par des dispositions législatives visant à garantir que ces pratiques commerciales et promotionnelles ne nuisent pas à la qualité des soins et répondent à un certain nombre de critères qualitatifs. La forme que peuvent prendre ces activités n'est toutefois pas réglementée à l'heure actuelle.

1. Une première tentative avortée en 2012

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a lancé une **expérimentation** visant à encadrer la visite médicale en milieu hospitalier. Cette expérimentation, dont la durée maximale avait été fixée à deux ans, prévoyait des **visites sous forme collective pour un nombre limité de produits et selon des modalités définies par une convention conclue entre les établissements de santé et les laboratoires** exploitant les produits ainsi promus.

Présenté comme une première étape préalable à la pérennisation du dispositif et à son extension aux professionnels de santé exerçant en ville, ce dispositif visait à répondre aux nombreuses critiques formulées à l'encontre de la visite médicale sans toutefois aller jusqu'à la supprimer, comme certains le recommandaient⁽¹⁾. Rappelons à cet égard que la visite médicale représente environ 75 % des dépenses consacrées par l'industrie pharmaceutique à la promotion du médicament, soit 12 % de son chiffre d'affaires réalisé en France, et emploie 17 000 personnes (chiffres 2010).

Le champ de cette expérimentation était cependant particulièrement étroit, un amendement adopté à l'Assemblée nationale ayant en effet exclu du dispositif l'ensemble des médicaments de réserve hospitalière, de prescription hospitalière et de prescription initiale hospitalière⁽²⁾. Sa mise en œuvre présentait en revanche une lourdeur certaine puisqu'elle supposait la mise en œuvre de multiples conventions avec les industriels de santé. Les modalités de mise en œuvre de ces conventions devaient, en outre, faire l'objet d'un arrêté pris par le ministre chargé de la santé après avis de la Haute Autorité de santé, arrêté qui n'a jamais été publié.

(1) Voir notamment le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur la pharmacovigilance et la gouvernance de la chaîne du médicament et le rapport d'information du Sénat n° 675 sur « La réforme du système du médicament » tous deux publiés en juin 2011.

(2) Produits visés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 5121-77 du code de la santé publique.

Règles relatives à la visite médicale

– Charte de qualité

L'activité de promotion du médicament est encadrée par un certain nombre de règles de bonnes pratiques visant à garantir l'éthique et la qualité des informations délivrées au corps médical par les délégués médicaux de l'industrie pharmaceutique.

L'**article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale** prévoit ainsi qu'une « *charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la promotion des spécialités pharmaceutiques par prospection ou démarchage est conclue entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises du médicament* ».

Cette charte vise à mieux encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins. Dans cette perspective, le CEPS peut, depuis la loi du 30 décembre 2011, fixer des objectifs annuels chiffrés d'évolution de ces pratiques, le cas échéant pour certaines classes pharmaco-thérapeutiques ou pour certains produits, objectifs susceptibles d'entraîner une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise qui ne les a pas respectés (le montant maximum de la pénalité est fixé à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés).

Signée en 2004, la charte indique notamment que l'information délivrée par le délégué médical doit s'appuyer sur les avis des autorités sanitaires. Elle interdit, par ailleurs, toute remise d'échantillons et de cadeaux par le visiteur médical aux médecins.

– Certification obligatoire

En application de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, la **Haute Autorité de santé** a élaboré une procédure de certification permettant de garantir la conformité des pratiques de visite médicale des entreprises à la charte de qualité de la visite médicale et a établi un **référentiel de certification**.

L'application du référentiel de certification est évaluée par des organismes accrédités par le Comité français d'accréditation (COFRAC), qui certifient la visite médicale des entreprises **pour une durée de trois ans, sur la base d'audits réalisés annuellement**. Cette certification est obligatoire pour toute entreprise qui exerce une activité de promotion du médicament auprès des professionnels de santé.

Le référentiel de certification impose aux entreprises de mettre en place une politique de qualité concernant la visite médicale et un suivi de l'activité des délégués médicaux. Il est notamment vérifié que le message oral transmis au médecin est bien conforme aux spécifications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). De la même manière, les documents utilisés par le délégué médical font l'objet d'un dépôt auprès des autorités, qui peuvent ainsi contrôler leur adéquation avec l'autorisation de mise sur le marché.

– Formation des délégués médicaux

Le code de la santé publique dispose que toute personne qui exerce une activité de promotion du médicament doit détenir des **connaissances scientifiques suffisantes**. Ces connaissances doivent être attestées par un diplôme dont la liste est fixée par arrêté. La loi fixe également une obligation de **formation continue** de salariés concernés. Ce point constitue un prérequis à la certification de la visite médicale (article L. 5122-11 du code de la santé publique).

En conséquence, le présent projet de loi de financement propose de substituer à cette expérimentation un **dispositif pérenne**, reprenant la formule de la visite collective tout en élargissant son champ à l'ensemble des médicaments et en simplifiant son organisation, la procédure de conventionnement étant supprimée au profit d'un encadrement par le règlement intérieur. Comme le précise l'étude d'impact, l'objectif poursuivi est l'amélioration de la qualité des soins et la **réduction de l'impact financier des prescriptions hospitalières, notamment des prescriptions hospitalières exécutées en ville**, grâce à une meilleure information des professionnels de santé. Rappelons en effet que l'enjeu de ces prescriptions avoisine les 4 milliards d'euros pour les seuls médicaments et atteint un peu plus de 1 milliard d'euros pour les produits de la liste des produits et prestations⁽¹⁾, ces chiffres étant par ailleurs en forte croissance (+ 4,5 % en 2011 pour les médicaments et + 7,9 % pour les produits et prestations). Un **gain direct de 10 millions d'euros annuels sur les dépenses remboursées** est ainsi escompté par l'étude d'impact sur la base d'un infléchissement attendu de 0,5 % du nombre de boîtes de médicaments toutes classes confondues.

2. Un dispositif pérenne axé sur le principe d'une visite collective

Le I du présent article vise en premier lieu à remplacer les dispositions du I de l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011⁽²⁾ par de nouvelles modalités d'organisation de la visite médicale dans les établissements de santé (alinéa 1). On notera à cet égard que le choix aurait pu être fait de supprimer purement et simplement les dispositions de la loi de 2011 et d'inscrire le nouveau dispositif prévu au I au sein du code de la santé publique (par exemple dans le chapitre II du titre II du livre Ier de la cinquième partie relatif à la publicité pour les médicaments à usage humain).

La rédaction proposée prévoit que l'information par démarchage ou la prospection pour les médicaments dans les établissements de santé ne peut être organisée que sous une forme collective et renvoie au règlement intérieur des établissements pour définir les conditions d'organisation des visites médicales (alinéa 2). Il convient de signaler que le champ des produits de santé concernés est limité à ceux mentionnés aux **1^o et 2^o de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique**, c'est-à-dire :

– aux médicaments, y compris les insecticides, acaricides et antiparasitaires à usage humain, les préparations magistrales, hospitalières et officinales, les substances stupéfiantes, psychotropes ou autres substances vénéneuses utilisées en médecine, les huiles essentielles et plantes médicinales, les matières premières à usage pharmaceutique (1^o) ;

(1) La liste des produits et prestations (LPP) comprend les dispositifs médicaux pour les traitements et matériels d'aide à la vie (assistance respiratoire, perfusion,...), certains aliments diététiques, des articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables ("pacemakers" par exemple), les fauteuils et véhicules pour handicapés.

(2) Les dispositions du II de ce même article concernent la charte de qualité des pratiques professionnelles en matière de visite médicale qui sont codifiées à l'article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale.

– et aux produits contraceptifs et contragestifs (2°).

Sont donc à ce stade exclus du dispositif les autres produits de santé, tels que les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (DMDIV), les produits sanguins labiles et les produits cosmétiques.

Le **II** du présent article modifie l'article L. 6143-7 du code de la santé publique afin d'introduire dans la liste des compétences des directeurs d'établissement public de santé la définition des modalités d'organisation de la visite médicale. Le 17° nouveau précise ainsi que le directeur « *arrête les modalités d'information par démarchage ou de prospection des produits de santé (...) après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers et de rééducation médicotechnique* » (alinéa 5). Il s'agit là des mêmes consultations que celles prévues pour l'adoption du règlement intérieur dans les établissements publics de santé (7° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique) qui prévoient de recueillir l'avis de la communauté médicale et paramédicale.

Des dispositions similaires sont également prévues au **III** du présent article s'agissant des établissements de santé privés. L'article L. 6161-2 du code de la santé publique est ainsi complété par une phrase précisant que le représentant légal de l'établissement définit « *les modalités d'information par démarchage ou de prospection des produits de santé (...) après avis de la conférence médicale d'établissement* » (alinéa 8). Rappelons en effet qu'aux termes de l'article L. 6161-2 du code de la santé publique, les praticiens exerçant leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale, chargée notamment de donner son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement ; aux termes de l'article R. 6164-1 du même code, la conférence médicale d'établissement est consultée sur le règlement intérieur de l'établissement.

Enfin, le **IV** renvoie, comme cela était prévu dans le cadre de l'expérimentation introduite par la loi du 30 décembre 2011, à une **évaluation confiée à la Haute Autorité de santé** dont le résultat doit être présenté au Parlement dans un délai de deux ans à compter de la publication de la présente loi de financement (alinéa 9). Il est, en outre, précisé que cette évaluation doit notamment porter sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières, de manière à vérifier la validité des hypothèses d'économies formulées dans l'étude d'impact. Enfin, ces travaux auront également pour objet de **proposer d'éventuelles évolutions législatives** afin d'élargir les dispositions du présent article, d'une part, aux **dispositifs médicaux** et, d'autre part, à la **médecine de ville**.

La Commission examine les amendements de suppression AS 7 de M. Arnaud Robinet, AS 43 de Mme Bérengère Poletti et AS 84 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. La question de l'encadrement de la visite médicale à l'hôpital a longuement été débattue à l'occasion du vote de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament. Elle fut d'ailleurs l'occasion d'une divergence entre le ministre de la santé d'alors et le rapporteur du texte. La plupart de mes collègues de la majorité considéraient que les visiteurs médicaux devenaient les boucs émissaires du scandale du *Mediator*, alors que ce dernier avait plus touché la médecine de ville que le milieu hospitalier. L'amendement de notre ancien collègue Guy Lefrand, que nous soutenions, visait à assouplir l'article 19 du projet de loi.

Une grande partie de l'opposition était quant à elle plutôt défavorable à cet article en invoquant notamment l'impact d'une telle mesure sur l'emploi dans l'industrie pharmaceutique, arguant qu'il y avait une incohérence à viser la visite médicale en milieu hospitalier et non en médecine de ville.

Cet article 46, vous le comprendrez, m'a donc surpris et je propose de le supprimer même si je suis rassuré en constatant que la présidente a déposé un amendement qui semble rejoindre celui de Guy Lefrand.

M. Christian Paul, rapporteur. L'article 46 vise à pérenniser les visites collectives. Les problèmes qu'elles soulèvent ne sont d'ailleurs pas apparus à l'occasion de l'affaire du *Mediator*. Nous avons essayé de trouver depuis longtemps des formes de moralisation et d'encadrement à la définition desquelles vous avez d'ailleurs contribué.

Nous ne sommes pas hostiles à ce que la visite médicale en face à face perdure dans certains cas limités, concernant des médicaments très précisément définis qui ne sont prescrits qu'à l'hôpital.

M. Arnaud Robinet. C'était le sens de l'amendement Lefrand.

M. Gérard Bapt. Non ! Nous avons été roulés dans la farine !

M. Christian Paul, rapporteur. Nous serons extrêmement précis en encadrant ces visites de manière à éviter que des patients qui retournent en médecine de ville ne soient captifs de l'usage de certains médicaments prescrits à l'hôpital, suite à des visites peu ou mal encadrées. Si vous le souhaitez aussi, votez donc l'article 46 modifié par l'amendement AS 178 présenté par la présidente !

M. Denis Jacquat. Nous avons déjà beaucoup discuté de cette question et, comme l'a rappelé Arnaud Robinet, nous avons obtenu le vote de l'amendement Lefrand.

L'article 46 entraîne une nouvelle modification qui fait réagir nombre de visiteurs médicaux, en particulier hospitaliers. Les amendements qui viendront en discussion – dont le vôtre, madame la présidente, ainsi que celui de Dominique Orliac en partie –, induisent un retour à la situation prévalant après l'adoption de l'amendement Lefrand. C'est donc un rétropédalage de plus, qui pourra d'ailleurs peut-être donner satisfaction !

M. Gérard Bapt. Nous avons en effet considéré que l'expérimentation de la visite médicale collective en milieu hospitalier risquait d'être une procédure un peu lourde. Nous avons donc voté l'amendement Lefrand excluant de celle-ci les médicaments de réserve hospitalière, les médicaments à prescription hospitalière, et les médicaments à prescription initiale hospitalière.

Nous nous sommes cependant aperçus que l'esprit dans lequel le ministre Xavier Bertrand avait accepté cette disposition avait été dévoyé. Certains laboratoires, en effet, utilisent la prescription hospitalière initiale en consentant de très importantes remises aux hôpitaux – de sorte que les pharmaciens d'établissements conseillent ces produits –, mais lorsque le patient revient en médecine de ville et continue de les utiliser, leur prix n'est plus du tout le même. Nous voulons donc mettre un terme à la « libéralité » qui avait été accordée à la prescription hospitalière initiale.

En revanche, les médicaments relevant de la réserve hospitalière ou de la prescription hospitalière exclusive sont des produits particuliers, pour des patients souffrant d'affections précises, et qui sont prescrits par des médecins très spécialisés. L'exonération de visite médicale collective peut donc leur être accordée.

Par ailleurs, l'article 46 présente l'avantage d'alléger le dispositif en n'impliquant pas la signature de conventions, au cas par cas, par les établissements. L'inscription de ces dispositions dans le règlement intérieur évitera la paperasse.

M. Jean-Pierre Door. Nous voterons évidemment ces amendements de suppression.

Nous sommes étonnés car ce débat a déjà eu lieu voilà un an. Il a d'ailleurs été assez complexe, les personnels hospitaliers sachant très bien que la question des visites collectives est loin d'être évidente. Nous avons donc proposé une expérimentation de deux ans, qui n'est pas encore achevée. J'ajoute que les conventions avec les services hospitaliers n'ont pas toutes été signées et que les décrets relatifs à la visite collective sont très récents. Pourquoi ne pas aller au terme de l'expérimentation ? Je le répète, cette question est très délicate, à moins de vouloir en finir avec les visites médicales. Dans ce cas-là, vous seriez toutefois confrontés à de nouveaux plans sociaux.

M. Gérard Sebaoun. Il n'est pas question de faire croire qu'il y aurait d'un côté les soutiens de la visite médicale et, de l'autre, ses fossoyeurs. La visite

médicale a connu d'extraordinaires dérives, personne ne peut prétendre le contraire, mais ce métier s'est professionnalisé et est exercé aujourd'hui par des personnels compétents. Toutefois, nous voulons l'encadrer, comme c'est par exemple le cas aux États-Unis. Et c'est efficace ! Nous voulons donc remplacer l'expérimentation en cours par un dispositif pérenne inscrit dans le règlement intérieur des hôpitaux.

La Haute Autorité de santé a réuni des groupes de travail, produit des documents, certifié des établissements, rédigé un guide de bonnes pratiques de la visite médicale. Aujourd'hui, nous disposons de tous les éléments permettant d'apprécier la situation. L'intégration de la visite collective dans une unité qui fonctionne bien est de bonne politique.

Enfin, comme cela a déjà été dit, un amendement sera présenté permettant de traiter certaines situations exceptionnelles.

Mme Véronique Louwagie. Sans doute pourrait-on se donner un peu plus de temps pour évaluer un dispositif qui vient d'être mis en place. Un an, c'est trop peu. Je ne suis pas sûre, de surcroît, que l'instabilité induite par une succession de mesures soit facteur de grande efficacité.

M. Christian Paul, rapporteur. On peut vous donner raison sur ce point sans néanmoins en faire de même pour Jean-Pierre Door, puisque aucun texte réglementaire n'a été pris. L'expérimentation a tourné court. Le dispositif était sans doute peu opératoire du fait d'un champ d'application restreint qui impliquait en outre de passer de nombreuses conventions, ce qui n'a pas été le cas.

Nous procédons donc à une remise en ordre que vous trouvez sans doute un peu drastique mais l'amendement AS 178 permettra de parvenir à une position juste, équilibrée et permettant de moraliser la situation.

Mme Isabelle Le Callennec. Selon une évaluation, le dispositif institué par le précédent ministre de la santé aurait entraîné la perte de 1 500 emplois. Or l'étude d'impact n'en fait absolument pas cas. Nous avons pourtant le plus grand mal à imaginer qu'une telle mesure n'ait aucune conséquence de cet ordre. Comme mes collègues, je considère qu'il serait plus raisonnable d'aller au bout de l'expérimentation.

M. Christian Paul, rapporteur. Qui a tourné court, je le répète.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Le nombre de visiteurs médicaux se réduira inéluctablement, quelle que soit la volonté politique, puisque les stratégies ciblées de patients se développeront de plus en plus. C'est malheureux pour les visiteurs médicaux, mais c'est ainsi.

M. Gérard Sebaoun. L'Inspection générale des affaires sociales a remis un rapport prônant la disparition de la visite médicale. Nous ne proposons pas

quant à nous de supprimer des emplois, mais de faire en sorte que ce métier continue d'exister.

La Commission rejette les amendements AS 7, AS 43 et AS 84.

Elle adopte ensuite l'amendement de codification AS 253 de M. Christian Paul, rapporteur.

L'amendement AS 28 de Mme Dominique Orliac n'est pas défendu.

Puis la Commission examine l'amendement AS 178 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. J'ai évoqué les conséquences d'un usage dévoyé de la prescription hospitalière initiale pour les finances publiques. Nous souhaitons donc, comme je l'ai déjà dit, l'application du principe de visite collective pour ce type de prescriptions.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 178.

En conséquence, l'amendement AS 12 de M. Arnaud Robinet tombe.

La Commission examine l'amendement AS 187 de M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. L'article 46 rend pérenne la visite médicale sous forme collective à l'hôpital et le dispositif fera l'objet d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé. Notre amendement insiste sur le suivi des préconisations du guide des établissements de santé élaboré par celle-ci en matière de visite médicale.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Puisqu'on nous peint en liquidateurs de la visite médicale, je rappelle que, lorsque nous étions dans l'opposition, nous avons déposé un amendement visant à protéger ces lanceurs d'alertes que sont les visiteurs médicaux lorsqu'ils font remonter des signaux de pharmacovigilance. Le Gouvernement avait alors tenu à le reprendre à son compte, ce que nous avons généreusement accepté.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis très favorable.

La Commission adopte l'amendement AS 187.

Puis elle adopte l'article 46 modifié.

Article 47

Arrêt du processus de convergence intersectorielle

Cet article fait partie des mesures les plus importantes prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. En effet il met fin à un dispositif mis en œuvre lors de l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) reposant sur l'idéologie selon laquelle les différences en termes d'activités et de charges existant à l'intérieur de notre système de soins entre les secteurs public et privé pouvaient être éradiquées par le biais d'une objectivation complète des coûts et d'une allocation neutre des ressources. Même si le processus de convergence a en lui-même pu générer des économies pour l'assurance maladie, les présupposés sur lesquels il repose n'ont jamais pu être solidement étayés. Après sept années d'application, on ne dispose en effet toujours pas d'études robustes et crédibles permettant d'objectiver totalement les écarts de coûts entre les établissements et de garantir le bien-fondé de la convergence.

Il est donc temps de mettre fin à ce processus et de refonder le financement des établissements de santé sur de nouvelles bases en tenant compte des spécificités propres à chaque secteur, et en particulier des obligations qui pèsent sur le service public hospitalier. Les dispositions prévues au présent article ne constituent donc que la **première étape d'une démarche plus globale qui nécessitera de remettre à plat la tarification des établissements** et surtout de réintroduire dans le code de la santé publique la notion de service public hospitalier injustement supprimé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (« HPST »). Assumer deux secteurs avec des fonctionnements différents et valoriser pleinement les missions de service public assurées par l'hôpital public, tel est l'objectif que s'est fixé le Gouvernement.

1. Un bilan très mitigé

La tarification à l'activité (T2A) a unifié les modes de financement des établissements de santé, mais pas les tarifs servis à tous les établissements (au sein d'un même secteur comme entre les secteurs public et privé). Un double processus de convergence a donc été mis en œuvre.

Le mécanisme de convergence

• Pluralité des statuts et du financement historique des établissements de santé

Le système de santé français s'appuie sur une **organisation pluraliste de l'offre de soins**, reposant sur la coexistence d'acteurs publics et privés *. Le secteur hospitalier est ainsi composé de trois types d'établissement :

– les hôpitaux publics (anciennement financés sous dotation globale, secteur « ex-DG »),

– les hôpitaux privés à but non lucratif (appartenant majoritairement au secteur « ex-DG »)

– et les établissements privés à but lucratif, ou, plus communément, les cliniques (anciennement financés sous objectif quantifié national, secteur « ex-OQN »).

Divers modes de financement de ces établissements de santé ont longtemps coexisté, alors que, parallèlement, des coûts hétérogènes pour les prestations servies étaient observés, de même que des différences parfois marquées en termes de patientèle ainsi que de modes d'organisation et de gestion, liées notamment aux obligations de service public incombant à certains établissements.

L'instauration de la **tarification à l'activité** par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a entraîné l'élaboration de deux échelles tarifaires (l'une pour le secteur public, l'autre pour le secteur privé), sur lesquelles se fonde désormais le financement de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, en fonction l'activité qu'ils réalisent dans les domaines de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO). À ce nouveau mode de tarification a été accolé un **double processus de convergence** à la fois entre secteurs et à l'intérieur de chaque secteur. L'objectif poursuivi est que l'allocation des ressources soit la plus objective possible et neutre par rapport au statut (public/privé) des acteurs

• Un double processus

La démarche de convergence intra sectorielle repose sur un effort d'efficience de la part des établissements d'un même secteur soumis à des règles de fonctionnement identiques. Elle a conduit à l'instauration de coefficients de transition, permettant aux établissements « surdotés » de chaque secteur de ne pas subir de pertes de recettes trop lourdes afin de leur laisser le temps de s'adapter à la nouvelle donne. Ces coefficients de transition avaient vocation à converger totalement au plus tard le 1^{er} mars 2012, mais l'objectif a été atteint dès le 1^{er} mars 2011. La redistribution des recettes entre établissements induite par la convergence intra sectorielle est évaluée à près de 1,2 milliard d'euros entre 2005 et 2011 dans le secteur public et 157 millions d'euros dans le secteur privé.

La convergence intersectorielle, définie à l'article 33 de la loi de financement pour 2004 (VII), consiste à rapprocher les deux échelles tarifaires applicables aux établissements anciennement « ex-DG » et « ex-OQN ». Les établissements assurant des activités, des missions et des obligations différentes, la loi précise que la convergence doit s'entendre hors **écarts de charges justifiés**. La convergence ne peut en effet concerner que des prestations homogènes, ce qui impose non seulement une clarification préalable des différences dans la nature des activités assurées et des charges supportées, mais également de prendre en compte le fait que les périmètres des

tarifs sont différents (les tarifs du secteur privé étant publiés hors honoraires). Comme l'indique le rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire, « *l'harmonisation du périmètre tarifaire (...) conduit à devoir comparer des tarifs différents dans leur champ et donc à reconstituer un tarif 'tout compris'* ».

Alors que la loi de financement pour 2008 avait précisé que « *le processus de convergence [était] orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 1662-2-6 du code de la sécurité sociale* (établissements du secteur privé), considérant implicitement que ceux-ci étaient nécessairement les plus efficaces, la loi de financement pour 2011 est revenue à l'esprit initial de la loi de financement 2004 en précisant que le processus de convergence est « *orienté vers les tarifs les plus bas* ».

Initialement fixé à 2012, le terme de la convergence intersectorielle a été repoussé à 2018 par la loi de financement pour 2010. Le rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire souligne à cet égard la complexité des travaux préparatoires et souligne que la poursuite du processus est subordonnée à une double exigence : « *la disponibilité d'études robustes et crédibles éclairant les écarts de coûts entre les établissements compte tenu des missions exercées et la soutenabilité des ajustements du modèle pour les établissements* ». Face à ce constat, un processus de convergence dite « ciblée » a été lancé dans le cadre de la loi de financement pour 2010 afin de permettre des rapprochements accélérés de tarifs sur les prestations considérées comme les plus homogènes.

• **La « convergence ciblée »**

Le premier rapprochement effectué dans le cadre de la campagne tarifaire 2010 a représenté un montant de 150 millions d'euros d'économies. Sur une liste de 35 groupes homogènes de séjour (GHS) sélectionnés selon des critères tels qu'un niveau de lourdeur de patients similaire et des pratiques de prise en charge semblables, la convergence a été totale pour 21 et partielle à hauteur de 50 % pour 14 autres. En 2011, le champ de la convergence ciblée a été élargi à 193 GHS, avec pour corollaire une moindre comparabilité des prises en charge médicale. L'économie observée sur 2011 est chiffrée par le rapport 2012 au Parlement sur le financement des établissements de santé à 157,7 millions d'euros.

* *La définition du secteur public s'entend des établissements publics hospitaliers et des établissements privés non lucratifs antérieurement financés sous dotation globale : il correspond aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la santé publique. Le secteur privé est constitué de l'ensemble des autres établissements mentionnés au d de ce même article.*

Dans son rapport de septembre 2011 sur la sécurité sociale ⁽¹⁾, la Cour des comptes estime que **la politique tarifaire a été fortement influencée depuis 2005 par les objectifs de convergence intra sectorielle et inter sectorielle**. Elle souligne notamment que, lorsqu'elles ne sont pas compensées par d'autres sources de financement, les baisses tarifaires induites par ces objectifs ne sont supportables à terme par les établissements de santé « contributeurs nets » dans le processus de convergence que si elles sont accompagnées d'une diminution de leurs coûts de production. Cette variable s'est ainsi traduite dans de nombreux cas par une réduction des charges de personnels susceptibles d'influer sur la qualité des soins dispensés.

(1) *Rapport de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011.*

Les résultats affichés par le processus de convergence paraissent en outre à relativiser. Si « l'écart facial tarifaire intersectoriel »⁽¹⁾, mesuré en prenant pour référence l'activité du secteur public, a bien été réduit, passant de 40 % en 2006 à 27 % en 2009 puis 24 % en 2010, une partie de cette évolution est en réalité due aux changements méthodologiques mis en œuvre dans la mesure des coûts ainsi qu'à la **sortie des tarifs des charges liées à certaines missions de service public**, telles que la prise en charge des personnes en situation de précarité, **et à la permanence des soins**, transférées sur des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC).

La question de la **soutenabilité** de la poursuite du processus de convergence est en outre clairement posée depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012⁽²⁾. Suite au processus de convergence ciblée, certains secteurs ayant convergé se trouvent en effet désormais en situation de **sous-financement** au regard de l'étude effectuée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur l'adéquation entre le financement et les charges. Ce processus a en outre pu, dans certains cas, **contredire les priorités de santé publique** affichées par ailleurs. La Cour des comptes cite dans son rapport de 2011 le cas de la chirurgie ambulatoire pour laquelle plusieurs groupes homogènes de malades (GHM) ont vu leur niveau diminuer en 2010 alors même que cette pratique fait l'objet d'une politique tarifaire incitative. Elle indique également que les baisses dues à la convergence tarifaire ciblée ont été principalement supportées par les maternités du secteur public. La Cour dénonce enfin le **caractère de plus en plus artificiel** du processus, et indique que cette solution appliquée à tous les secteurs MCO (maternité, chirurgie, obstétrique) induirait une perte de recettes annuelle supérieure à 7 milliards d'euros pour les établissements du secteur anciennement sous dotation globale.

Avec un écart aujourd'hui estimé à 15 % entre les tarifs du secteur public et du secteur privé, la convergence intersectorielle est en quelque sorte arrivée à l'étiage : les écarts de tarifs restant concernent désormais essentiellement des activités hétérogènes entre les secteurs, qui correspondent à des « *écarts de charges justifiés* ». La poursuite du processus de convergence risquerait donc de mettre gravement en péril le financement des établissements de santé du secteur public.

2. Des difficultés méthodologiques irrésolues

Le processus de convergence intersectorielle a consisté à la fois à rapprocher progressivement les tarifs des deux secteurs et à clarifier, par le biais d'études d'objectivation⁽³⁾, les écarts de charges justifiés. La Mission d'évaluation

(1) Méthode consistant à valoriser successivement sur une même base d'activité aux tarifs respectifs des deux secteurs, puis à déterminer un tarif moyen pour chacun d'eux et en faire la comparaison.

(2) Voir notamment le rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire.

(3) Ces études visent à identifier les facteurs exogènes aux établissements susceptibles de justifier le maintien d'un écart de tarifs entre secteurs.

et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale du Sénat ⁽¹⁾ dresse cependant le constat qu'**aucune solution n'a été proposée pour rendre parfaitement comparables les tarifs des établissements**, bien que l'élargissement du périmètre de la convergence (en intégrant les honoraires des médecins des établissements anciennement sous objectif quantifié national) soit en principe à l'étude ; elle considère à cet égard que les différences de grilles tarifaires sont quasi insolubles. Dans le bilan à cinq ans des études mises en œuvre sur la base des recommandations issues des travaux de la mission d'appui de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) que dresse le rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire, les mêmes impasses sont signalées. Qu'il s'agisse du différentiel du coût du travail, de l'absence de vision consolidée des ressources des établissements ou encore de la comparabilité des prestations, le rapport fait état de difficultés persistantes, voire de l'impossibilité à introduire les corrections nécessaires. Enfin, la Cour des comptes estime également que le processus d'objectivation des écarts de coûts, qui s'est traduit le plus souvent par la rémunération de missions de service public ⁽²⁾, atteint ses limites, en particulier en raison de certains **surcoûts non maîtrisables**, car liés à la nécessité de disposer de capacités excédentaires pour répondre à la volatilité des fréquentations.

Plus généralement, certaines différences tenant à la **nature et à l'intensité des charges** supportées par les établissements de santé apparaissent irréductibles. Elles tiennent notamment aux modes de prise en charge, aux contraintes d'organisation, au coût des personnels ou encore aux caractéristiques des patients. Ainsi, bien qu'aucune étude globale ne permette de connaître précisément la répartition de la patientèle entre établissements publics et privés, plusieurs travaux tendent à démontrer que **les cas les plus lourds** (patients âgés ou atteints de pathologies graves) **se retrouvent plus souvent pris en charge par le secteur public**. Il résulte ainsi d'une étude de l'IRDES de 2009 ⁽³⁾ que 36 % des patients ont plus de 80 ans dans le secteur public contre 20 % dans le secteur privé. Concernant les séjours, 70 % des chirurgies cardiaques lourdes sont effectuées dans le secteur public, qui ne prend en revanche en charge que 51 % de la chirurgie cardiaque courante. L'étude d'impact souligne également que le secteur public réalise 40 % de son activité sur des **prises en charge peu standardisées**, non décrites par des actes (médecine hors techniques interventionnelles) quand le secteur privé est positionné sur des prises en charges financées « à l'acte » pour près de 90 % de son activité (chirurgie, techniques interventionnelles, maternité).

Enfin, le rapport sénatorial considère également que la mise en œuvre de certaines missions, bien que rémunérées (par exemple les missions d'enseignement et de recherche), entraîne des **coûts indirects** qui ne sont aujourd'hui pas pris en compte dans le financement des établissements.

(1) Rapport n° 703, 2011-2012.

(2) MIG Précarité, MIG Permanence des soins.

(3) « Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables », DT n° 25, mai 2009.

3. La fin du processus de convergence intersectorielle

Le présent article vise à supprimer le **VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004** au sein duquel est inscrit le principe de convergence tarifaire (**I**, alinéa 1).

Pour ce faire, il se place expressément « dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier » qui interviendra dans un texte ultérieur, son objet n'entrant pas dans le champ d'une loi de financement de la sécurité sociale. Si l'objectif de convergence a été renforcé par la suppression de la notion de service public hospitalier par la loi « HPST », la réintroduction de cette notion permettra d'objectiver l'existence de différences de charges liées aux obligations propres pesant sur le secteur public, justifiant ainsi la suppression de cet objectif. Quelle que soit la portée de la redéfinition du service public hospitalier, cette notion recouvrira en effet a minima des obligations particulières, que ce soit en termes d'accessibilité tarifaire ou géographique, induisant des charges spécifiques.

Article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004

« VII. Pour les années 2005 à 2018, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2018. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 septembre de chaque année jusqu'en 2018. Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. »

Par coordination, les dispositions du 3° de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale sont également supprimées. L'article L. 162-22-19 prévoit le dépôt annuel d'un rapport au Parlement sur le financement des établissements de santé en trois parties : la première consacrée à la tarification à l'activité, la deuxième aux missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) et la troisième à la convergence. L'objectif est donc de supprimer la référence à ce troisième volet, qui devient sans objet avec l'arrêt du processus de convergence.

Le **II** du présent article consiste également en une disposition de **coordination** avec les **XX, XXI et XXII** de l'article 1^{er} de la loi « HPST ». Il s'agit de dispositions transitoires relatives aux établissements de santé privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier (PSPH), aux établissements de santé privés ayant opté pour le financement par dotation globale et aux centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Rappelons en effet que l'article 1^{er} de la loi « HPST » a redéfini les missions imparties aux établissements de santé et précisé les missions spécifiques

de service public tout en ouvrant la possibilité à n'importe quel établissement de santé, quel que soit son statut, d'assumer ces missions, sous réserve d'assurer aux patients qu'il accueille certaines garanties prévues par la loi. Un **régime transitoire** a parallèlement été aménagé **pour les établissements de santé privés à statut particulier qui étaient jusqu'ici les seuls à être admis à participer au service public hospitalier**. Ces dispositions prévoient que ces établissements continuent d'exercer les missions pour lesquelles ils ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier ou les missions inscrites dans leur contrat pluriannuel d'objectif et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, **jusqu'à l'achèvement du processus de convergence**. Elles dressent la liste des dispositions qui leur sont applicables jusqu'à cette date, notamment les règles de financement par l'assurance maladie de leurs activités de soins ainsi que les règles de participation de l'assuré social, qui sont les mêmes que celles des établissements publics de santé.

La modification apportée consiste simplement à **supprimer la référence à la date de l'achèvement de la convergence** prévue au VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (alinéa 2).

On notera que cette même référence figure au paragraphe XXIV de l'article 1^{er} de la loi « HPST », mais que celui-ci n'est pas modifié par le projet de loi.

*

L'amendement AS 121 de M. Arnaud Robinet n'est pas défendu.

La Commission examine les amendements de suppression AS 44 de Mme Bérengère Poletti et AS 85 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Pierre Door. Nous souhaitons que le processus de convergence tarifaire entre les secteurs public et privé soit poursuivi. Nous l'affirmons, y compris sur un plan idéologique : nous voulons défendre également les établissements privés car eux aussi ont besoin de sortir la tête hors de l'eau tant ils connaissent de difficultés.

De plus, pourquoi des actes sont-ils tarifés différemment selon le secteur dans lequel ils sont pratiqués, même s'il faut tenir compte des différences de pathologies ?

J'ajoute que la convergence tarifaire, qui permettait de réaliser quelque 150 millions d'euros d'économies chaque année, devait être progressive jusqu'à l'échéance de 2018.

Il convient, enfin, de se préoccuper de la convergence interne au secteur public car nous savons qu'il existe en son sein des différences entre établissements.

Le processus de convergence peut être modifié par la loi ou le règlement, mais il est hors de question de le stopper.

Mme Isabelle Le Callennec. Pourquoi remettez-vous en cause la convergence tarifaire ?

M. Christian Paul, rapporteur. Nous discuterons plus abondamment de cette question essentielle dans l'hémicycle.

Il importe que les Français comprennent nos choix. En l'occurrence, ils ne sont pas idéologiques bien que ce mot ne soit pas péjoratif. Nous assumons simplement une autre vision du financement des hôpitaux et de la conduite de leurs activités. Il y a une différence, en effet, entre l'hôpital public et les établissements privés. La Cour des comptes et tous ceux qui ont étudié la question de la convergence jugent que celle-ci est artificielle.

En effet, malgré son grand talent, Mme Bachelot n'a pas pu effacer d'un coup de baguette magique, à la faveur de la loi « HPST », les différences structurelles essentielles entre les secteurs public et privé. Il existe des différences d'organisation mais, contrairement à ce que vous avez prétendu pendant des années, il ne s'agit pas de dire que la moins bonne organisation supposée de l'hôpital public conduirait à des surcoûts. Il existe surtout des différences tenant à sa structure d'activités, à la sociologie de ses patients et à l'architecture de ses missions. Les cas traités, en proportion et en structure, y sont plus lourds. L'âge des patients, la nature des pathologies, la disponibilité attendue, et pas seulement dans les services d'urgence, y sont également différentes. La structure des coûts diffère donc et les moyens mobilisés en permanence ne sont pas ceux que l'on attend d'une clinique privée.

Les caractéristiques géographiques diffèrent également : le maillage des hôpitaux publics, souvent de proximité, est commandé par l'intérêt général. Je vous renvoie à des études qui ont été réalisées en Bretagne, madame Le Callennec. Elles montrent qu'à défaut d'un maillage, les chances de survie en cas de pronostic vital engagé diminuent de manière sensible. Pareilles missions et contraintes n'ont jamais été imposées à des établissements privés. C'est en cela que la convergence est, non pas idéologiquement, mais intellectuellement et structurellement, impossible à mettre en œuvre dans la durée. Je suis donc très heureux que le Gouvernement et la ministre de la santé aient souhaité y mettre fin sans retard.

M. Olivier Véran. La convergence tarifaire revient à postuler que l'hôpital public aurait les mêmes missions qu'une clinique privée, ce qui est un non-sens. L'arrêt de ce processus est souhaité par l'ensemble des hospitaliers, qu'ils soient médecins, paramédicaux ou administratifs. Cette décision est un motif de fierté pour la majorité, car il signifie la fin de l'hôpital-entreprise et la reconnaissance de la spécificité de l'hôpital public. J'aurais souhaité que l'opposition nous rejoigne sur cette question.

Mme Ségolène Neuville. Les cliniques et l'hôpital public n'accueillent pas les mêmes patients : les premières ont un public particulier, le second soigne l'ensemble de la population. La convergence tarifaire, associée à la tarification à l'acte, a permis aux cliniques de choisir leurs patients – des patients rentables, autrement dit des patients atteints d'une maladie suffisamment grave pour qu'elle corresponde à un codage rémunérateur, mais des patients suffisamment autonomes pour qu'ils puissent quitter la clinique rapidement. Ainsi, lorsqu'un patient âgé, atteint de polyopathologies, arrive aux urgences d'une clinique, celle-ci lui fait passer quantité d'exams coûteux, puis le dirige immédiatement vers l'hôpital public afin qu'il y soit pris en charge.

Dans un même groupe homogène de séjour (GHS), par exemple celui des pathologies rachidiennes, 80 % des sciatiques sont prises en charge dans le secteur privé, alors que 90 % des traumatismes graves du rachis le sont par le secteur public. En définitive, ce dernier prend en charge tous les cas graves et dont le coût est élevé.

De la même manière, 80 % des hospitalisations en médecine – qui rapportent peu – se font dans le public ; en revanche 85 % des endoscopies, qui coûtent cher, sont assurées dans le privé.

On le voit : l'hôpital public et les cliniques privées n'ont pas le même métier, l'objectif des secondes étant financier, d'autant que la plupart d'entre elles sont aujourd'hui reprises par de grands groupes appartenant à des fonds de pensions, le plus souvent étrangers.

Voilà pourquoi l'arrêt de la convergence tarifaire constitue une excellente mesure.

M. Denis Jacquat. J'ai travaillé à l'hôpital public, jamais dans une clinique privée à but lucratif, et je continuerai pourtant à plaider en faveur de la convergence tarifaire, que j'ai votée. Sans doute la Lorraine est-elle une terre d'exception...

M. Michel Liebgott. Monsieur Jacquat, en Lorraine, le déficit des hôpitaux représente le sixième des déficits publics des hôpitaux français. En effet, pendant des années, des associations à but non lucratif ont participé au service public hospitalier et rendu des services indispensables, notamment à une population ouvrière qui était bien souvent victime d'accidents du travail et de pathologies particulières. Nous sommes donc aujourd'hui en surcapacité.

Selon nous, la suppression de la convergence tarifaire s'impose car il faut faire des économies et des choix. Les moyens affectés à la sécurité sociale ne sont pas suffisamment ciblés vers les établissements publics, alors même que ce sont ces derniers qui sont capables de maintenir le maillage de proximité permettant la prise en charge des plus défavorisés, pour lesquels le seul moyen de trouver un médecin disponible est de se rendre aux urgences les plus proches.

Nous avons récemment réalisé en Lorraine plusieurs opérations d'intégration de ces établissements publics à but non lucratif, qui ont été repris par le centre hospitalier régional de façon raisonnable d'un point de vue économique, alors que par le passé les médecins étaient embauchés à 1 000 euros la journée. Malheureusement, nous voyons fleurir dans les villes des cliniques qui choisissent leur clientèle et programment leurs opérations, privant ainsi l'hôpital public et les établissements participant au service public hospitalier d'une partie de leurs patients.

Ces profondes inégalités, nous les observons également dans des régions rurales de la Lorraine, où se côtoient désormais des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) à but non lucratif et des maisons de retraite privées, construites par des groupes qui se rémunèrent y compris en faisant payer aux visiteurs leur parking...

M. Gérard Sebaoun. Nous le savons tous et certains directeurs d'hôpitaux l'admettent : des choix autres que médicaux sont faits à cause de la convergence tarifaire. L'article 47 répond à notre volonté d'augmenter les moyens de l'hôpital public et d'améliorer l'accès à la médecine de ville, notamment pour désengorger nos urgences qui connaissent un surcroît d'activité considérable. Cela n'exonère en rien l'hôpital public de l'obligation d'être efficace et responsable, et de mener les réformes nécessaires.

Mme Isabelle Le Calennec. Le principe « à prestations identiques, tarifs identiques » est-il remis en cause ?

M. Christian Paul, rapporteur. Il existe deux échelles de tarifs qui ne sont pas similaires. Mais même avec la convergence tarifaire, ceux-ci n'étaient pas voués à l'être.

M. Olivier Véran. Une appendicite aiguë opérée à l'hôpital public n'est pas indemnisée de la même façon par l'assurance maladie que lorsqu'elle est opérée dans une clinique privée. Cela est tout à fait normal car l'hôpital assume des missions d'enseignement, de formation et de recherche, et il prend en charge des populations qui n'ont pas le même profil. La convergence consistait à effacer ces différences en les ignorant.

M. Christian Paul, rapporteur. Idéalement, le financement des missions de l'hôpital public pourrait être assuré dans le cadre des missions dites d'intérêt général. Aujourd'hui, ce financement est totalement insuffisant pour prendre en compte comme il conviendrait la spécificité de l'hôpital public.

Les moyens d'un hôpital public doivent être davantage disponibles que ceux d'un établissement privé, même si une clinique privée peut assurer une permanence des soins. Cette exigence de disponibilité tient à la nature même du service public hospitalier et ne se tarifie pas facilement à l'acte. La convergence revient à nier la spécificité respective de ces différents secteurs.

M. Jean-Pierre Door. Le service hospitalier français marche sur deux jambes : un système public et un système privé. Les hôpitaux publics bénéficient des dotations MIGAC (missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation) et MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), mais c'est le cas aussi pour les établissements privés s'ils remplissent des missions de service public, comme l'accueil des urgences et la permanence des soins. En fait, la seule différence tient à la façon dont pris en compte les salaires dans les uns et les autres – il faudrait à cet égard parvenir à un équilibre plus conforme aux réalités.

La convergence ciblée a été réalisée sur un nombre raisonnable de 35, ce qui a permis à l'assurance maladie de réaliser des économies. Pour m'en être entretenu avec le président de la Fédération hospitalière de France (FHF), je peux vous assurer que les hospitaliers ne sont pas contre la convergence ciblée et qu'ils souhaitent que soit trouvé un juste équilibre.

Voilà pourquoi nous défendons le maintien des établissements privés en France.

M. Christian Paul, rapporteur. Monsieur Door, le système que vous défendez a fait l'objet d'un rejet unanime, non seulement des personnels hospitaliers, mais également des instances représentatives des hôpitaux publics. Pour avoir entendu les représentants de la FHF, je sais que leur position officielle n'est pas du tout celle que vous indiquez.

La Commission rejette les amendements AS 44 et AS 85.

Elle adopte l'amendement de coordination AS 254 de M. Christian Paul, rapporteur.

Elle est saisie de l'amendement AS 255 du même auteur.

M. Christian Paul, rapporteur. L'article 1^{er} de la loi « HPST » comporte des dispositions relatives aux établissements de santé privés non lucratifs rédigées en référence à la durée du processus de convergence, l'objectif étant d'instaurer une période de transition avant le basculement de ces établissements vers le nouveau statut d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Cet amendement vise à réintroduire, à titre transitoire, une date butoir – qui serait le 1^{er} janvier 2016 –, afin que ces établissements puissent, dans l'attente d'un prochain texte portant réforme hospitalière, continuer à exercer leurs missions dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui.

La Commission adopte l'amendement AS 255.

Puis elle adopte l'article 47 modifié.

Après l'article 47

L'amendement n° 87 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

Article 48

(art. L. 213-3 du code monétaire et financier)

Habilitation des centres hospitaliers régionaux à émettre des titres de créance négociables

Le présent article propose de modifier le code monétaire et financier afin d'autoriser certains établissements publics de santé à émettre des titres de créance négociable (TCN), notamment sous la forme de billets de trésorerie. Il permettra ainsi à ces établissements de diversifier le financement de leur trésorerie.

1. Une situation financière délicate

Bien que les derniers chiffres disponibles fassent état d'une réduction du déficit des établissements de santé, leur situation financière reste globalement fragile, voire critique pour un certain nombre d'entre eux.

Entraînés dans une politique d'investissement à la fois disproportionnée et mal pilotée au moment où ils subissaient de plein fouet les effets collatéraux du passage à la tarification à l'activité (T2A) et du processus de convergence intersectorielle, les établissements publics de santé ont vu leurs finances se dégrader dès le début de la crise financière. La contraction de l'offre de crédits, à long terme comme à court terme, pose aujourd'hui de sérieux problèmes aux établissements, à la fois pour le financement de leurs investissements et pour la gestion quotidienne de leur trésorerie.

Les « appels au secours » se sont ainsi multipliés ces derniers mois en raison de l'impossibilité pour certains établissements de faire face à leurs charges d'emprunts ou de payer les salaires des agents. La pression s'est encore exacerbée avec le retrait de Dexia pour les crédits court terme et l'absence actuelle d'alternative pour les établissements hospitaliers. Même si les annonces récentes du groupe Banque populaire – Caisses d'Épargne, en faveur de la « mise à disposition » des collectivités locales et des hôpitaux de solutions de financement⁽¹⁾ à hauteur d'un milliard d'euros (en complément des engagements initiaux de financement du secteur public de 4 milliards d'euros pour 2012) constituent une bonne nouvelle, il apparaît nécessaire de diversifier le financement des établissements publics de santé, en particulier pour la couverture de leurs besoins courants.

(1) Le groupe évoque dans son communiqué publié le 3 octobre l'accès au marché obligataire, le recours à la Société crédit foncier (SCF) du Crédit foncier et un fonds commun de titrisation conçu par Natixis.

2. Une nouvelle politique de financement à définir

Dans ce contexte, une nouvelle politique d'investissement va être définie par le ministère (cf. *supra* la partie générale du rapport) et des réponses vont être apportées pour aider les établissements à faire face aux besoins urgents de trésorerie.

Le présent article vise ainsi à permettre aux centres hospitaliers régionaux d'émettre des billets de trésorerie afin de couvrir les besoins de trésorerie associés à leur fonctionnement. Une même disposition avait été introduite au bénéfice de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (12° de l'article L. 213-3 du code monétaire et financier).

D'après l'étude d'impact, l'effet attendu de la mesure est une « *diminution de 200 points de base de l'accès au financement pour les établissements de santé concernés sur une base de 1 milliard d'euros d'emprunt [réduisant d'autant] le tendanciel de charges hospitalières à couvrir par l'ONDAM* ». Le coût évité pour l'assurance maladie est ainsi estimé à 20 millions d'euros dès 2013.

Votre rapporteur se félicite de cette perspective mais s'étonne néanmoins que le **coût lié à l'émission de titres de créances négociables** n'ait pas été chiffré par l'étude d'impact pour être déduit de ce montant. Il est peu probable en effet que l'émission de titres de créances négociables n'ait aucun impact sur les charges des établissements étant donnés les prérequis pour mener à bien ce type d'opérations. Ainsi, le rapport établi au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2007⁽¹⁾, qui a introduit la possibilité pour l'ACOSS d'émettre des titres de créances négociables, décomptait les coûts de notation à court terme (60 000 euros), le coût de « l'arrangeur » chargé d'organiser la venue sur le marché des billets de trésorerie et de gérer les relations avec la Banque de France (25 000 euros) et le coût de l'inscription en compte chez un intermédiaire habilité.

Plus généralement, votre rapporteur appelle à un pilotage étroit de ces opérations par la tutelle afin, notamment, qu'elles ne se traduisent pas par une fuite en avant dans la trésorerie et n'ait pas un effet contre-productif sur les finances des établissements concernés. L'exposé des motifs de l'article précise d'ailleurs que cette nouvelle possibilité fera l'objet d'un « ***pilotage resserré tant régional que national*** » afin de garantir le bon usage de ce nouvel outil. Enfin, les établissements concernés pourraient sans doute utilement bénéficier de l'assistance de l'ACOSS, qui dispose désormais d'une expérience de six années sur ces marchés.

(1) Rapport n° 3384 de M. Pierre-Louis Fagniez, tome 1 Recettes et équilibre général.

L'exemple de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Dans un souci de bonne gestion des deniers publics et afin de diminuer le coût de ses financements, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a développé depuis plusieurs années une gestion plus active de sa trésorerie en veillant à emprunter les ressources nécessaires au meilleur coût et à placer les éventuels excédents aux meilleures conditions. Alors qu'elle se finançait historiquement sur des ressources bancaires, l'ACOSS a ainsi mis en place depuis 2006 une politique de diversification de ses sources de financement au travers d'un programme de billets de trésorerie et plus récemment d'un programme d'*Euro Commercial Paper* (ECP) initié en juillet 2010. Au titre de la mutualisation des trésoreries dites « sociales », l'ACOSS a également pour mission depuis 2009 de mobiliser des concours complémentifs prenant la forme de dépôts de trésorerie ou d'achat de billets de trésorerie opérés par des partenaires de la sphère sociale bénéficiant d'une trésorerie positive.

L'ACOSS gère elle-même ses émissions de billets de trésorerie. Elle a en revanche mandaté l'Agence France Trésor (AFT) pour arranger le programme d'*Euro Commercial Paper*.

Les plafonds des programmes de billets de trésorerie et d'*Euro Commercial Paper* sont respectivement de 25 milliards d'euros et 20 milliards d'euros. Ces deux programmes s'appuient sur des banques placeuses et se sont vus attribuer par les trois agences de notation la note maximale courte terme, soit F1+, P-1 et A-1+. Ces notations sont cependant susceptibles d'être revues à tout moment par les agences.

En 2011, la répartition des financements de l'ACOSS, d'un montant moyen de 15,8 milliards d'euros, a ainsi reposé principalement sur :

- un financement par optimisation des trésoreries publiques et sociales d'un montant de 4 milliards d'euros en moyenne, notamment auprès de partenaires publics tels que l'Agence France Trésor, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonome (CNSA) et la Caisse nationale du Régime social des indépendants, sous forme de billets de trésorerie ou de dépôt ;
- un financement par émission d'*Euro Commercial Paper* d'un montant moyen de 3 milliards d'euros ;
- un financement par billets de trésorerie auprès du marché (hors partenaires publics) d'un montant moyen de 2,1 milliards d'euros ;
- et un financement assuré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) par le biais d'avances à quelques jours et de prêts d'un montant moyen de 6,7 milliards d'euros, dont l'essentiel provient de la prolongation des prêts 2010 sur le 1^{er} semestre de l'année 2011.

Le financement par émission de billets de trésorerie a représenté 36 % du financement globale de l'ACOSS en 2011. Plus de la moitié des billets de trésorerie ont été émis auprès de partenaires publics (63 %, soit 3,6 milliards d'euros). Les billets à taux fixe ont été émis en moyenne à 0,6 % et ceux à taux variable à 0,85 % (pour un EONIA – *EuroOverNight Index Average*, loyer de l'argent au jour le jour sur les marchés financiers – moyen constaté de 0,87 %). La durée moyenne des émissions a été de 13,9 jours et l'encours moyen de billets s'est élevé à 5,7 milliards d'euros. Au 31 décembre 2011, l'encours total des émissions de marché de l'ACOSS s'élevait à 4,2 milliards pour les billets de trésorerie et 1,4 milliards pour les *Euro commercial paper*, plaçant l'ACOSS parmi les emprunteurs de premier rang du marché de la dette de court terme en France.

Source : site internet de l'ACOSS dédié aux investisseurs et rapport d'activité « Conjoncture et financement » 2011

3. Le dispositif proposé

Le présent article complète l'article L. 213-3 du code monétaire et financier qui fixe la liste des établissements habilités à émettre des titres de créances négociables (TCN), dont font partie les billets de trésorerie⁽¹⁾, en y insérant la mention des **centres hospitaliers régionaux** (alinéa 3).

Rappelons qu'aux termes de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, « *les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux* ». L'article D. 6141-15 du code de la santé publique fixe ainsi une liste de 32 établissements hospitaliers régionaux. Ainsi, tous les établissements de santé ne sont donc pas éligibles au dispositif et tous les centres hospitaliers régionaux ne seront pas non plus habilités à émettre des titres de créances négociables dans la mesure où le dispositif renvoie à une « *liste fixée par décret* ». En effet, comme l'indique l'exposé des motifs, seuls les établissements disposant d'une « *surface financière suffisante* » et de la « *capacité à intervenir de manière sécurisée sur les marchés financiers* » devraient être éligibles. Les établissements seront donc sélectionnés en fonction de la masse financière qu'ils représentent et de la maîtrise technique de leurs cellules financières.

En pratique, le dispositif devrait donc être limitée aux plus gros centres hospitaliers universitaires, en particulier l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), dont les directions financières possèdent les compétences nécessaires pour assurer la conduite et le suivi de ces opérations, puisqu'elles ont déjà réalisé des émissions obligataires.

Le décret susmentionné fixera également pour chacun des établissements autorisés un **plafond global d'émissions**. Ce plafond devra concilier un montant suffisamment attractif pour les investisseurs et une proportion raisonnable au regard de la masse financière des établissements. D'après les informations fournies par le Gouvernement, l'AP-HP, plus gros émetteur, devrait se voir assigner un plafond de 250 millions d'euros satisfaisant à ces deux critères. Ce montant a toutefois vocation à être ré-expertisé un peu plus tard en fonction des tirages prévisionnels. Rappelons que les lignes de trésorerie de l'AP-HP représentent environ 160 millions d'euros (pour un encours moyen est de 60 millions d'euros) : en comparaison, de nombreuses collectivités territoriales ont des montants proches de 100 millions d'euros.

(1) La précision selon laquelle les établissements concernés sont uniquement autorisés à émettre des billets de trésorerie (et non, par exemple des bon à moyen terme négociables, les autres TCN étant réservés au Trésor ou aux banques) devrait être apportée par décret.

Les titres de créances négociables

• Définition

Les titres de créances négociables sont des titres financiers émis au gré de l'émetteur, négociables sur un marché réglementé ou de gré à gré, qui représentent chacun un droit de créance. Ils comprennent : les certificats de dépôt (émis par les établissements de crédit ainsi que par la Caisse des dépôts et consignations), les billets de trésorerie et les bons à moyen terme négociables.

Les billets de trésorerie sont émis par les entreprises sur le marché monétaire pour une durée pouvant aller de un jour à un an. Dans la pratique, la durée de vie moyenne des billets de trésorerie est très courte, entre un et trois mois. Ils sont émis par coupure de 150 000 euros minimum.

Un billet de trésorerie peut être émis à un taux fixe ou à un taux variable qui est souvent indexé sur l'EONIA (*EuroOverNight Index Average*, loyer de l'argent au jour sur le marché monétaire). Le taux est essentiellement fonction de trois paramètres : les taux du marché, la qualité de l'entreprise émettrice (qui dépend essentiellement de la notation donnée par les agences de notation pour les grandes entreprises) et la durée du billet. Le billet de trésorerie est le principal instrument de face à face en France : il permet aux entreprises d'emprunter directement à court terme auprès d'autres entreprises sans passer par le système bancaire.

• Émetteurs

Seuls sont habilités aujourd'hui à émettre des titres de créances négociables :

1. Les établissements de crédit, les entreprises d'investissement et la Caisse des dépôts et consignations, sous réserve de respecter les conditions fixées à cet effet par le ministre chargé de l'économie ;

2. Les entreprises autres que celles mentionnées au 1, sous réserve de remplir les conditions de forme juridique, de capital et de contrôle des comptes requises pour procéder à une offre au public de titres financiers ou à une admission de titres financiers aux négociations sur un marché réglementé et dont le capital social est précisé par décret*, ou des conditions équivalentes pour les entreprises ayant un siège social à l'étranger ;

3. Les entreprises du secteur public dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées au 2 ;

4. Les entreprises du secteur public ne disposant pas de capital social mais qui sont autorisées à procéder à une offre au public ;

5. Les groupements d'intérêt économique et les sociétés en nom collectif, composés exclusivement de sociétés par actions satisfaisant aux conditions prévues au 2 ;

6. Les institutions de la Communauté européenne et les organisations internationales ;

7. La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ;

8. Les collectivités locales et leurs groupements ;

9. Les associations répondant aux conditions prévues pour l'émission d'obligations par appel public à l'épargne ;

10. Les États ;

11. Les organismes de titrisation ;

12. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

• **Conditions d'émission**

Les titres de créance négociables doivent être inscrits dans un compte-titres tenu par un intermédiaire.

Préalablement à la première émission de titres de créance, l'émetteur doit établir une documentation financière, déposée auprès de la Banque de France, qui porte sur son activité, sa situation économique et financière ainsi que sur le programme d'émission.

Sauf exemption, l'émetteur doit rendre publique une notation de son programme d'émission, obtenue auprès d'une agence spécialisée figurant sur une liste arrêtée par l'autorité administrative compétente ou, le cas échéant, disposer d'un garant bénéficiant d'une telle notation.

* Entreprises revêtant la forme de sociétés par actions, entreprises du secteur public, sociétés coopératives agricoles et sociétés coopératives par action disposant d'un capital dont la partie libérée est au moins égale à 225 000 euros

Le dernier alinéa du présent article (alinéa 4) prévoit enfin une disposition de coordination au sein de l'article L. 213-3 afin de tenir compte de l'introduction de ces nouvelles dispositions.

*

L'amendement AS 88 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

La Commission adopte l'article 48 sans modification.

Article 49

(art. 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004)

Report de plusieurs réformes liées à l'instauration de la tarification à l'activité

Lors du passage à la tarification à l'activité (T2A), des délais ont été prévus pour la mise en œuvre de certaines réformes qu'il était alors techniquement impossible de réaliser ou qu'il était prématuré de mettre en œuvre. Le présent article a pour objet de repousser celles de ces échéances qui expirent à la fin de cette année ou l'année prochaine, soit qu'un délai supplémentaire soit nécessaire pour affiner les dispositifs (cas de la facturation individuelle ou du ticket modérateur), soit que les travaux en cours ou à venir sur la réforme du financement des établissements de santé nécessitent de prévoir un temps de réflexion suffisant pour décider des options qui seront finalement retenues (cas des ex-hôpitaux locaux).

1. La facturation individuelle

En application du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations de la liste en sus ne sont pas facturés par les établissements de santé du secteur public ⁽¹⁾ (publics et privés non lucratif anciennement sous dotation globale) à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle ils sont implantés. Les données d'activité de ces derniers (ainsi que les consommations de spécialités pharmaceutiques, produits et prestations de la liste en sus) sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dans le cadre du **programme de médicalisation des systèmes d'information** (PMSI) et transmises à échéances régulières à l'agence régionale de santé, de même que les consommations de spécialités pharmaceutiques, produits et prestations de la liste en sus. C'est l'agence régionale qui procède ensuite, pour chaque établissement, à la valorisation de l'activité (par application des tarifs des prestations) et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et produits et prestations en sus pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

La loi de financement pour 2008 a tout d'abord fixé au 31 décembre 2008 la date à laquelle ce dispositif devait prendre fin et laisser place à une facturation directe à la caisse d'assurance maladie. Cette échéance a ensuite été repoussée au 1^{er} juillet 2011 par la loi de financement pour 2009 puis au 1^{er} janvier 2013 par la loi de financement pour 2011.

Une expérimentation de la facturation individuelle a cependant été lancée en 2011 auprès d'établissements volontaires. Un premier déploiement au sein de

(1) Établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

55 établissements est en cours au terme duquel « *le processus [doit être] évalué en termes de fiabilité, de qualité, de délais et d'exhaustivité de la facturation et des paiements* » ; un bilan de l'expérimentation doit en principe être transmis au Parlement (article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010).

L'enjeu de la facturation directe, qui permettrait l'envoi « au fil de l'eau » des factures hospitalières à l'assurance maladie, est jugé déterminant par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui applique déjà un tel système de facturation aux cliniques privées : elle y voit en effet le moyen d'**accroître la maîtrise médicalisée des dépenses d'hospitalisation** grâce à une amélioration de sa connaissance du détail des prestations réalisées au cours de chaque séjour.

Dans ce processus, il convient toutefois de prendre en compte d'autres facteurs, tels que la nécessité de **continuer à alimenter le PMSI**, eu égard à l'importance des données qui y sont recueillies pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité⁽¹⁾. Celle-ci repose en effet sur la connaissance de deux types de données : les données d'activité, transmises à l'ATIH via le PMSI sous forme d'informations quantifiées et standardisées (codage des actes par groupe homogène de séjours déterminant le tarif applicable) et les données relatives aux coûts de production, elles-mêmes agrégées par l'ATIH sur la base d'un échantillon d'établissements. L'évolution des tarifs se déduit donc en grande partie de la prévision d'activité des établissements : il est donc capital de ne pas tarir le flux des données du PMSI ou de ne pas altérer leur qualité. La Cour des comptes a d'ailleurs attiré l'attention des pouvoirs publics sur cette question dans le cadre de son rapport 2011 sur la sécurité sociale (voir encadré ci-contre). Votre rapporteur approuve en conséquence la prudence du Gouvernement sur ce dossier ainsi que les modalités prévues au présent article en faveur d'un passage graduel à la facturation individuelle.

2. Le ticket modérateur

Le II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a mis en place un dispositif transitoire permettant aux établissements de santé anciennement sous dotation globale (publics et privés à but non lucratif) de continuer à calculer la **participation financière des assurés aux frais de soins** (ticket modérateur) sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur la base des tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjours (GHS).

(1) L'alimentation du PMSI est une obligation qui incombe aux établissements de santé en vertu de l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.

La facturation directe des prestations hospitalières

« Le passage à la facturation individuelle pour les établissements hospitaliers anciennement sous dotation globale recouvre l'envoi direct à l'assurance-maladie d'un relevé détaillé des prestations réalisées selon le schéma en vigueur pour les cliniques privées.

Inscrit par les parlementaires dans la LFSS pour 2004 comme un objectif connexe à la T2A, le projet de facturation directe à l'assurance maladie des prestations hospitalières a été reporté à plusieurs reprises, pour des raisons tenant notamment au faible développement en début de période de la télétransmission entre les établissements et les organismes d'assurance maladie. Ce projet a été relancé en 2010 sur des bases nouvelles, la solution envisagée consistant à faire basculer l'ensemble des actes et consultations externes en facturation directe et individualisée, les séjours étant facturés à l'aide d'un programme de valorisation produit comme aujourd'hui par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), mais qui serait intégré dans le système d'information des établissements. Ce nouveau dispositif, appelé en principe à être déployé en 2013, doit permettre l'envoi au fil de l'eau de factures à l'assurance maladie, ainsi qu'une alimentation concomitante du flux PMSI destiné à l'ATIH.

Ce projet aux enjeux par ailleurs déterminants peut toutefois améliorer ou au contraire affaiblir la qualité de l'information hospitalière : la CNAMTS considère qu'il doit permettre à l'assurance maladie de progresser dans la maîtrise médicalisée du risque, en lui donnant un accès direct et nominatif au détail des prestations réalisées au cours de chaque séjour hospitalier ; il peut également entraîner une dégradation de la qualité des flux PMSI, qui ne serviront plus de vecteur au financement des établissements.

L'automatisme de l'alimentation du PMSI par les nouveaux logiciels de facturation devrait cependant permettre d'éviter cet écueil, du moins pour les séjours. Le fait que l'ATIH demeure impliquée dans le processus de valorisation des séjours devrait par ailleurs garantir le respect des règles tarifaires par les établissements de santé du secteur public. Pour les actes et consultations externes, le risque d'une moindre qualité des données recueillies et d'une perte d'information de l'agence est toutefois réel, à partir du moment où elle n'intervient plus dans la valorisation de ces prestations, ce qui suppose une grande vigilance à cet égard. »

Source : Extrait du rapport de la Cour des Comptes sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, septembre 2011, chapitre VII « Tarification à l'activité et convergence »

La fin de ce dispositif transitoire a dans un premier temps été fixée au 31 décembre 2008 par la loi de financement pour 2008 puis repoussée au 31 décembre 2012 par la loi de financement pour 2009.

Ainsi que le précise l'étude d'impact du présent projet de loi, cette phase transitoire était rendue nécessaire pour deux motifs, tenant tant à des conditions techniques qu'à une question d'opportunité. Comme indiqué précédemment, les établissements étaient tout d'abord dans l'impossibilité d'établir une facturation individuelle directe sur la base des tarifs nationaux au moment de la mise en œuvre de la T2A. Ensuite, l'**effet financier** de cette modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur aurait été très défavorable aux établissements, compte tenu du périmètre restreint des tarifs nouvellement définis par rapport au

financement global des séjours ⁽¹⁾. Si le premier écueil est en passe d'être résolu (mais ne le sera toutefois que progressivement d'ici 2016), le second reste d'actualité. Toujours d'après l'étude d'impact, la perte financière liée à une modification du calcul de la participation des assurés se situerait pour les établissements concernés **entre 500 millions et 1 milliard d'euros**.

Cette réforme reste néanmoins justifiée sur le fonds, une harmonisation des modalités de détermination du ticket modérateur (entre les établissements publics et privés non lucratifs, d'une part, et les établissements privés lucratifs, d'autre part, mais aussi au sein de chaque secteur) constituant un objectif d'équité pour les patients.

Le report du délai prévu au II de l'article 33 de la loi de financement pour 2004 ne signifie donc pas que l'objectif initial soit abandonné. Celui-ci doit en revanche s'inscrire dans une **réflexion plus large sur la rationalisation de l'ensemble des modalités de participation de l'assuré aux soins dans les établissements de santé**. Signalons à cet égard que la mission conjointe de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ⁽²⁾ s'est prononcée en faveur d'une révision des règles applicables au ticket modérateur ainsi que d'une indexation du forfait journalier sur l'inflation, afin de refléter correctement la hausse régulière des charges hôtelières des établissements. Enfin, l'étude d'impact du projet de loi prévoit, en outre, que la mise en œuvre de la réforme du ticket modérateur s'accompagne de la création d'un observatoire des tarifs journaliers de prestations et d'un encadrement éventuel des taux d'évolution de ces derniers.

3. Les ex-hôpitaux locaux

Avant l'adoption de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST »), l'article L. 6141-2 du code de la santé publique prévoyait une subdivision au sein des établissements publics de santé entre centres hospitaliers et hôpitaux locaux, les premiers ayant « *une vocation régionale liée à leur haute spécialisation* » et les seconds ne pouvant assurer que des **soins de courte durée en médecine** (a du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur avant la loi). Cette distinction a été effacée par la loi « HPST ». Néanmoins, sur le terrain, ces différences demeurent et ces établissements continuent à être tarifés différemment.

Comme le souligne l'exposé des motifs du présent article, les ex-hôpitaux locaux constituent un **point d'appui à l'offre de soins de premier recours**, contribuant à attirer les professionnels de santé libéraux sur leur territoire et à créer une synergie favorisant l'articulation de la ville et de l'hôpital, du sanitaire et du médico-social. Ils représentent une offre de soins de proximité où s'exerce une

(1) Les tarifs journaliers de prestations couvrent en effet un périmètre de dépenses plus large que les groupes homogènes de séjour.

(2) Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, juin 2012.

médecine polyvalente, qui permet notamment dans un contexte de vieillissement de la population, d'éviter des transferts lorsque le niveau de prise en charge le permet. Toutefois, ces établissements ont, du fait de leurs spécificités, une activité souvent de faible volume qui leur rendrait difficile l'atteinte d'un seuil d'équilibre entre les charges et les produits dans le cadre de la T2A.

Le Gouvernement rejoint ainsi les conclusions de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat ⁽¹⁾ qui préconise dans son rapport publié le 25 juillet dernier d'évaluer toute nouvelle extension de la T2A et de suspendre dans un premier temps le passage des ex-hôpitaux locaux à cette dernière. La mission estime en effet que ces établissements, qui sont généralement des hôpitaux de petite taille situés en milieu rural, dotés de faibles moyens techniques et humains, n'auraient en effet pas la capacité d'absorber le « choc » d'un passage à la T2A en raison notamment de **l'impossibilité pour eux d'augmenter leur volume d'actes** (bassin de population en diminution, peu d'actes techniques réalisés, *etc.*). Dans la mesure où ces établissements assurent un **service public de proximité** (notamment en gériatrie), la mission considère que leur mode de financement doit être repensé dans le cadre d'une réflexion à mener sur l'offre de soins sur les territoires, et notamment la définition d'un premier recours hospitalier.

Votre rapporteur approuve complètement cette orientation. Il considère en effet que les hôpitaux locaux doivent continuer à jouer un rôle pivot dans l'offre de soins au niveau territorial et tout particulièrement dans les **zones déficitaires** où ils constituent souvent l'unique recours. L'adoption d'un mode de financement qui aurait au final pour conséquence de mettre en danger une grande partie de ces établissements n'est donc pas envisageable. Une **réforme préalable de la T2A**, qui pourrait prévoir, comme le suggère le Sénat, un financement spécifique des « *activités essentielles à l'offre de soins sur un territoire* » mais insuffisamment rémunératrices en raison de contraintes externes (isolement géographique, problèmes de démographie médicale) apparaît donc comme un préalable indispensable.

4. Le dispositif proposé

Le présent article vise à modifier l'**article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004** qui a instauré la T2A pour les établissements de santé, et plus précisément ses **paragraphes I, II et VIII** relatifs, respectivement, à la mise en place de la facturation individuelle des consultations et des séjours dans les établissements de santé, aux modalités de calcul de la participation financière des usagers aux frais de soins et au passage des ex-hôpitaux locaux à la T2A.

Le 1^o (alinéas 2 à 5) modifie la rédaction du I de l'article 33. Il supprime tout d'abord l'échéance prévue au 1^{er} janvier 2013 pour le passage à la facturation individuelle (alinéa 3) puis complète ce paragraphe par un nouvel alinéa prévoyant

(1) Rapport d'information n° 703 sur le financement des établissements de santé, 2011-2012.

que la dérogation au principe de la facturation individuelle prendra fin de manière progressive d'ici le **1^{er} mars 2016**. Le texte renvoie ensuite à un décret le soin de fixer les « *modalités calendaires* » de la réforme, ces modalités étant susceptibles de varier en fonction de la catégorie des établissements et des types d'actes ou de prestations.

L'exposé des motifs du présent article précise à cet égard que la généralisation du dispositif sera mise en œuvre graduellement et progressivement à partir du 1^{er} janvier 2013. L'impact d'une telle réforme sur l'organisation des établissements étant plus important au sein des établissements les plus importants, le calendrier tiendra compte de la taille et de la catégorie des établissements. Il distinguera également les actes et consultations externes, dont la généralisation interviendra à compter du 1^{er} janvier 2013, et les séjours dont la généralisation interviendra à compter du 1^{er} janvier 2014 à l'issue de l'expérimentation en cours.

Le 2^o se borne à substituer, au sein du II de l'article 33, la date du **31 décembre 2015** à celle du 31 décembre 2012 (alinéa 6). Rappelons que ce paragraphe prévoit que, par exception aux règles de la T2A prévues à l'article L. 162-22-10, et jusqu'à cette date, « *les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient* ». Les conditions et modalités de la participation des patients aux tarifs des prestations dispensées dans les établissements de santé sont fixées par voie réglementaire.

Enfin, le 3^o apporte deux modifications au VIII de ce même article qui organise le passage des ex-hôpitaux locaux à la T2A. Ce paragraphe prévoit en effet que la part des frais d'hospitalisation, des actes et des consultations externes réalisées au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine des ex-hôpitaux locaux reste prise en charge par l'assurance maladie dans le cadre d'une **dotation annuelle de financement** jusqu'à une date fixée par décret ou, au plus tard, jusqu'au **1^{er} mars 2013**.

Le présent article remplace tout d'abord au sein du VIII la date du 1^{er} mars 2013 par celle du **1^{er} mars 2015** (alinéa 8), puis il complète ce paragraphe (alinéa 9) en précisant que la dotation annuelle de financement des ex-hôpitaux locaux évolue dans le cadre de l'ONDAM (en l'occurrence du sous-objectif « *Autres dépenses relatives aux établissements de santé* »).

*

La Commission est saisie des amendements identiques AS 10 de M. Arnaud Robinet, AS 45 de Mme Bérengère Poletti et AS 123 de M. Francis Vercamer, tendant à supprimer l'article 49. L'amendement identique AS 89 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

M. Arnaud Robinet. Le I de l'article 49 vise à reporter une nouvelle fois la date de généralisation de la facturation individuelle mise en place par la loi de financement pour 2004. Le dernier report remontait à l'article 64 de la loi de

financement pour 2011. Ce dispositif avait pourtant vocation à participer à la transparence des finances sociales dans notre pays et à leur rationalisation. Au surplus, le mécanisme instauré par le texte du Gouvernement constitue un système profondément inéquitable entre les établissements publics et privés de santé. On peut d'ailleurs légitimement s'interroger sur le maintien d'un tel système dérogatoire au regard des règles du droit communautaire de la concurrence.

M. Denis Jacquat. L'amendement AS 45 est défendu.

M. Francis Vercamer. Afin de responsabiliser le patient, il convient d'accélérer la généralisation de la facturation.

M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable à ces amendements. Le Gouvernement et la majorité souhaitent tourner la page de la réforme qui a instauré avec une grande brutalité la tarification à l'activité (T2A). Cette dernière a beaucoup contribué au désarroi et aux difficultés du système hospitalier. Comme pour la réforme principale de la T2A, le passage à la facturation directe aux organismes payeurs, le ticket modérateur et le financement des hôpitaux locaux appellent une réflexion beaucoup plus profonde. Afin d'éviter la précipitation, le Gouvernement a donc proposé, avec l'article 49, de reporter l'application de ces mesures.

M. Jean-Pierre Door. Le terme de « brutalité » est excessif. La France est l'un des derniers pays européens à avoir appliqué la tarification à l'activité et nos voisins n'ont pas rencontré les problèmes que vous dénoncez. Il suffisait d'appliquer progressivement la T2A, en l'améliorant au fur et à mesure.

La Commission rejette les amendements AS 10, AS 45 et AS 123.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 46 de Mme Bérengère Poletti. L'amendement identique AS 90 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

M. Bernard Accoyer. En « tournant la page » de la T2A, le Gouvernement abandonne toutes les réformes de structure de l'hôpital public, qui est le premier poste de dépenses de l'assurance maladie. Le meilleur moyen de défendre l'hôpital public consisterait à le doter de moyens de gestion appropriés. C'est pourquoi nous proposons de supprimer les alinéas 2 à 5 de l'article 49.

M. Christian Paul, rapporteur. Nous pourrions débattre de cette question en séance publique – et je me réjouis que nous puissions le faire devant les Français et les collectivités hospitalières, puisque la volonté de l'ancien Président de la République d'accélérer le passage à la T2A a rendu cette réforme insupportable pour une grande partie d'entre elles. Dans quelques semaines, les rapports de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances démontreront les excès et les insuffisances de la T2A. Le Gouvernement veut essentiellement remédier aux effets désastreux produits par celle-ci et en compenser une partie par une réhabilitation des « missions d'intérêt général » – ligne budgétaire qui pouvait jouer un rôle d'amortisseur de la T2A

mais qui, durant les exercices budgétaires précédents, a été gelée jusqu'au mois de décembre, ce qui rendait pratiquement impossible le bon usage de ces crédits.

La Commission rejette l'amendement AS 46.

Elle examine alors l'amendement AS 15 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. L'amendement est défendu.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Les amendements AS 91 à AS 93 de M. Dominique Tian ne sont pas défendus.

La Commission adopte l'article 49 sans modification.

Après l'article 49

La Commission est saisie de l'amendement AS 18 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. L'amendement est défendu.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 18.

L'amendement AS 96 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

Article 50

(art. L. 5126-5-2 [nouveau] du code de la santé publique)

Externalisation des fonctions de stockage des pharmacies à usage intérieur

Le présent article vise à modifier les règles de fonctionnement des pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire ⁽¹⁾ afin d'autoriser celles-ci à externaliser, pour certains médicaments et dispositifs médicaux, les fonctions de stockage qui leur incombent au titre de l'article L. 5126-5 du code de la santé publique ⁽²⁾.

1. Concilier optimisation des dépenses et sécurité de l'approvisionnement des pharmacies à usage intérieur

Des **gains d'efficience** importants sont attendus de ces dispositions. En effet, d'après l'étude d'impact du projet de loi, les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) assumeront aujourd'hui des **charges logistiques trop importantes** liées au stockage de certains médicaments et dispositifs médicaux. Ces difficultés sont à la fois d'ordre immobilier (coût d'investissement dans des locaux de stockage et de gestion des espaces occupés par les stocks) mais également de personnel, puisque le fonctionnement de la pharmacie nécessite d'affecter du personnel pharmaceutique et infirmier à des fonctions de logistique et de gestion. Déléguer une partie de cette activité permettrait ainsi de dégager des ressources humaines pour les redéployer sur des activités directement orientées sur les soins prodigués aux patients et donc de générer des économies. A cet égard, l'étude d'impact chiffre le gain escompté pour les régimes de base d'assurance maladie à **86 millions d'euros en année pleine**, gagés par l'économie réalisée dans les établissements de santé. Pour 2013, l'hypothèse retenue dans la construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) table toutefois sur une économie de 64,5 millions d'euros seulement, en raison du délai nécessaire à la mise en place du dispositif.

Aux termes de l'étude d'impact, le dispositif proposé devrait même permettre de sécuriser le circuit des médicaments et des dispositifs médicaux, les conditions actuelles de stockage au sein des pharmacies à usage intérieur étant jugées non optimales (absence de climatisation, empoussièrement important, etc). Le ministère de la santé a confirmé à votre rapporteur recevoir ainsi régulièrement

(1) *Tous les établissements de santé ne disposent pas nécessairement d'une pharmacie à usage intérieur. L'article L. 5126-6 du code de la santé publique prévoit en effet que lorsque les besoins pharmaceutiques ne justifient pas l'existence d'une pharmacie à usage intérieur, les médicaments destinés à des soins urgents sont détenus et dispensés sous la responsabilité d'un médecin attaché à l'établissement ou d'un pharmacien ayant passé convention avec l'établissement.*

(2) « La pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement où elle est créée et notamment d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments (...) ».

des demandes de dérogations aux conditions de stockage, afin de pallier les conditions défectueuses d'hygiène et de sécurité et de températures.

On doit néanmoins appeler à une grande vigilance dans la mise en œuvre de ces dispositions qui sont susceptibles d'affecter la **sécurité d'approvisionnement** des établissements de santé, alors même que des amendements poursuivant un objectif similaire⁽¹⁾ ont déjà été rejetés pour ce motif dans le cadre de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et pour 2012. La question de la sécurité du circuit d'approvisionnement des établissements de santé était d'ailleurs une des questions abordées dans le cadre de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Afin de lutter contre les dysfonctionnements du circuit de distribution des médicaments et empêcher les ruptures d'approvisionnement, l'article 47 de la loi, issu d'un amendement adopté au Sénat, fait ainsi peser désormais sur les grossistes-répartiteurs une obligation d'approvisionnement en continu et prévoit l'organisation d'un système d'astreinte afin de répondre aux besoins urgents et éviter les ruptures ou les tensions dans l'approvisionnement en médicaments humains⁽²⁾. Le décret n° 2012-1096 du 28 septembre 2012 précise ce dispositif⁽³⁾.

Votre rapporteur tient néanmoins à souligner que le champ de la soustraction prévue au présent article est restreint et que ses conditions de mise en œuvre sont strictes : il appelle néanmoins à un suivi minutieux par les directeurs généraux des agences régionales de santé des contrats qui seront signés dans ce cadre et à leur exécution.

2. Un dispositif très encadré

Le présent article introduit au sein du chapitre du code de la santé publique relatif aux pharmacies à usage intérieur un **nouvel article L. 5126-5-2** dont l'objet est d'organiser les modalités de délégation des activités de stockage et d'approvisionnement de certains médicaments et dispositifs médicaux à un tiers (alinéa 1).

(1) Amendements n° 318 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et n° 190 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 tous les deux déposés par M. Alain Houpert, sénateur.

(2) Articles L. 5124-17-1 et L. 5124-17-2 du code de la santé publique.

(3) Le décret instaure des centres d'appel d'urgence, mis en place par les exploitants, pour le signalement des ruptures par les pharmaciens officinaux et hospitaliers et par les grossistes répartiteurs, et il renforce le régime de déclaration du territoire de répartition par les grossistes-répartiteurs, qui doit être compatible avec les obligations de service public qui leur incombent (sur son territoire de répartition, le grossiste-répartiteur est soumis à des obligations de service public tenant à sa mission de distribution des médicaments détaillées aux 1° et 2° de l'article R. 5124-59 du code de la santé publique), cette compatibilité étant vérifiée par le directeur de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) qui peut « demander tout élément justifiant du respect de ces obligations » et « refuser tout ou partie de la modification demandée du territoire de répartition déclaré ».

Le **champ** de l'article L. 5126-5-2 est limité, tant du point de vue des établissements autorisés à recourir au dispositif que de celui des produits concernés.

Ainsi, seuls **les établissements de santé et groupements de coopération sanitaire** seront éligibles au dispositif qui ne recouvrira donc pas l'ensemble des organismes, établissements ou services susceptibles de disposer d'une pharmacie à usage intérieur, dont la liste est fixée au premier alinéa de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique. La délégation de tâche sera en outre restreinte au **stockage**, à la **détention** et à l'**approvisionnement** ; elle ne concernera bien évidemment ni la dispensation (aux patients) ou ni la préparation (par exemple piluliers) des produits. Légalement, le pharmacien de la pharmacie à usage intérieur reste responsable du circuit du médicament au sein de son établissement.

S'agissant des établissements pharmaceutiques susceptibles de se voir confier ces tâches de stockage et d'approvisionnement, leur liste sera arrêtée par décret en Conseil d'État (deuxième alinéa de l'article L. 5126-5-2). Rappelons que les établissements pharmaceutiques sont définis, aux termes des articles L. 5124-1 et R. 5124-2 du code de la santé publique, comme les fabricants, importateurs, exportateurs, exploitants, dépositaires, grossistes répartiteurs et distributeurs en gros de produits de santé (ce ne sont donc pas des officines). Ces établissements sont autorisés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). D'après les informations fournies à votre rapporteur, ne seraient retenus à ce stade que les **dépositaires définis à l'article R. 5124-2 (4°)** qui, réglementairement, ne sont pas propriétaires des stocks détenus et agissent pour le compte de donneurs d'ordre. La réglementation relative aux dépositaires, qui relève d'un décret en Conseil d'État, devra être adaptée pour permettre aux établissements de santé de devenir donneurs d'ordre.

Quant aux médicaments et dispositifs médicaux actuellement stockés dans les pharmacies à usage intérieur, seuls « *certain*s » d'entre eux seront concernés par ces dispositions, comme l'indique le premier alinéa de l'article L. 5126-5-2 (alinéa 2). L'esprit est de **cibler les produits de gros volume** (par exemple les solutés en grands flacons). Le dernier alinéa (alinéa 4) renvoie en outre à un arrêté du ministre chargé de la santé le soin de fixer la **liste des catégories de produits exclus du dispositif**. D'après les informations transmises à votre rapporteur, cet arrêté devrait notamment prendre en compte également la notion de risque et, par exemple, interdire le recours à la sous-traitance pour des médicaments biologiques, les vaccins, les médicaments expérimentaux et ceux visé à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique (autorisation temporaire d'utilisation). Cet arrêté fera l'objet d'une large concertation notamment auprès de l'ANSM, des fédérations hospitalières et des syndicats de pharmaciens.

D'un point de vue formel, il convient également de souligner le premier alinéa de l'article L. 5126-5-2 (alinéa 2) prévoit la signature d'un « **contrat écrit** » entre les délégataires et l'établissement pharmaceutique auquel les tâches de stockage et d'approvisionnement seront déléguées. Des possibilités de groupement

d'achat et de prestations existant d'ores et déjà, il sera à cet égard possible aux établissements de se regrouper pour désigner un dépositaire. Enfin, ce même alinéa prévoit une **autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de santé**. En effet, aux termes de l'article L. 5126-7 du code de la santé publique, « *la création, le transfert ou la suppression d'une pharmacie à usage intérieur est subordonné à l'octroi d'une autorisation délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des instances compétentes de l'ordre national des pharmaciens* ».

*

L'amendement AS 31 de Mme Dominique Orliac n'est pas défendu.

*La Commission **adopte** l'amendement de simplification rédactionnelle AS 256 de M. Christian Paul, rapporteur, puis l'article 50 **modifié**.*

Article 51

(art. L. 381-30, L. 381-30-1 et L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale)

Clarifier les règles de prise en charge et de financement des soins délivrés aux personnes détenues

Le présent article vise à améliorer la prise en charge des personnes détenues.

En application de l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale, les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.

Les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres sont affiliés au régime d'assurance maladie et maternité dont ils relèvent au titre de cette activité. Toutefois, les intéressés sont affiliés au régime général lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont ils relèvent au titre de leur activité.

Or, il est nécessaire de préciser et simplifier certaines des modalités d'application de ces dispositions, compte tenu du développement de certains modes de détention, d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine :

- semi-liberté ;
- placement à l'extérieur ;
- placement sous surveillance électronique ;
- permission de sortir ;
- surveillance électronique de fin de peine.

Le 1° du présent article élargit le champ d'application de l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale, qui définit les conditions d'affiliation des personnes détenues et en semi-liberté.

Il est prévu que *« lorsque les personnes détenues bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine dans les conditions prévues aux sections 5, 6 et 8 du chapitre II du titre II du livre V du code de procédure pénale exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, elles sont affiliées au régime d'assurance maladie et maternité dont elles relèvent au titre de cette activité. »*

Outre les personnes soumises au régime du placement à l'extérieur et de la semi-liberté déjà visées par la rédaction actuelle, l'article L. 381-31 vise

également les permissions de sortir et les autorisations de sortie sous escorte, le placement sous surveillance électronique, et la surveillance électronique de fin de peine.

Lorsque les personnes détenues bénéficiant d'un aménagement de peine ou d'exécution de fin de peine n'exercent pas d'activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres ou qu'elles ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont elles relèvent au titre de leur activité, elles sont affiliées obligatoirement au régime général.

Le 2° du présent article modifie l'article L. 381-30-1 du code précité, afin de procéder à divers ajustements. Le *a)* vient préciser que les personnes affiliées au régime général, qu'ils soient ou non incarcérés, bénéficient des prestations en nature des assurances maladie et maternité, de même que leurs ayants droit.

Le *b)* complète ce même article afin de préciser que ces détenus « *sont dispensés de l'avance de leurs frais pour la part garantie par les assurances maladie et maternité du régime général* ». Les différentes participations mentionnées à l'article L. 322-2, c'est-à-dire le ticket modérateur mais aussi toutes les formes de participation forfaitaire aux frais de santé, sont prises en charge par l'État selon les modalités prévues à l'article L. 381-30-5 tel que modifié par le présent article.

Il s'agit ici de prévoir le bénéfice du tiers payant intégral afin de simplifier les circuits de versement pour les patients, les professionnels et l'administration, et d'assurer l'effectivité de l'accès aux soins.

Le 3° modifie l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale.

En l'état actuel du droit, cet article prévoit que la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux détenus est financée par une dotation annuelle lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées ou par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Les établissements hospitaliers prennent en charge les soins hospitaliers des détenus, soit au sein des établissements de santé de rattachement des établissements pénitentiaires, soit dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) ou au sein d'unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) implantées en milieu pénitentiaire. L'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale dispose que ces soins sont financés par la dotation de financement des MIGAC.

S'agissant des soins somatiques, dispensés au sein des établissements de santé de rattachement, les établissements hospitaliers responsables de ces structures de soins aux personnes détenues bénéficient de dotations MIGAC

initialement destinées à couvrir l'ensemble des coûts des structures dédiées aux détenus, conformément aux dispositions de l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale. Or, ces structures sont en mesure pour leurs patients détenus de facturer l'activité de soins au même titre que celle dispensée aux patients de droit commun, dans le cadre de la tarification à l'activité, ce qui permettrait d'assurer un mode de facturation cohérent pour l'ensemble de la patientèle.

Le *a*) prévoit que pour les détenus affiliés au régime général la part des dépenses prises en charge est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-16.

Ainsi, les soins dispensés aux détenus, soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé seront financés non plus par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, mais selon les modalités de droit commun.

Selon l'étude d'impact, les dotations MIGAC interviendront en complément de ces tarifs pour couvrir les surcoûts observés par rapport aux patients de droit commun. Cette évolution du mode de facturation permettra d'éviter un risque de double prise en charge de cette activité via les tarifs de prestations et les MIGAC.

En conséquence, le deuxième alinéa de l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale est supprimé.

La tendance est à la prise en charge selon les règles de droit commun dans les établissements qui sont du ressort de la prison.

Le *b*) modifie le paragraphe II de l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale, qui prévoit aujourd'hui que l'État verse à l'établissement de santé le montant du forfait journalier hospitalier ainsi que la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

Il est proposé de prévoir que l'État assure la prise en charge de la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations appliquées aux assurés du régime général, ainsi que du forfait journalier hospitalier.

Pour les soins dispensés dans les établissements de santé, il verse les montants correspondants aux établissements concernés.

Dans les autres cas, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié le détenu assure le paiement de l'intégralité des frais de soins auprès des professionnels de santé dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations. L'État rembourse ensuite à la caisse la part des dépenses de soins correspondant aux différentes participations de l'assuré mentionnées à l'article L. 322-2.

Il est enfin précisé que les modalités d'application du présent article sont définies par décret.

La mesure génère une économie de 20 millions d'euros pour l'année 2013 pour les régimes de base de l'assurance maladie, ce qui correspond à la diminution de la dotation de financement des MIGAC.

*

L'amendement AS 99 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

*Suivant l'avis favorable de M. Christian Paul, rapporteur, la Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS 189 de M. Gérard Sebaoun.*

*Puis elle **adopte** l'article 51 **modifié**.*

Article 56

(art. L. 731-13, L. 731-35-1 et L. 731-35-2 [nouveaux], L. 732-4, L. 732-4-1 [nouveau], L. 732-6, L. 732-7, L. 732-15, L. 762-13-1 [nouveau], L. 762-18 et L. 762-18-1 [nouveau] du code rural et de la pêche maritime)

Création d'un dispositif d'indemnités journalières pour les personnes relevant du régime d'assurance maladie-invalidité-maternité des non-salariés agricoles

1. Le régime d'assurance maladie-invalidité-maternité des non-salariés agricoles ne prévoit pas le versement d'indemnités journalières en cas de maladie privée

La branche maladie du régime non salarié agricole (AMEXA) couvre les personnes non salariées des professions agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, collaborateurs, aides familiaux) s'agissant des risques maladie, invalidité et maternité. Depuis 2009, la branche maladie du régime général (CNAMTS) retrace en solde dans ses comptes la différence entre les charges et les produits de l'AMEXA et verse, le cas échéant, une subvention d'équilibre à la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) pour compléter le financement de la branche agricole. En 2011, 6,5 millions de personnes bénéficient de ce régime.

Selon l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, l'AMEXA ne permet pas l'attribution d'indemnités journalières (IJ) en cas d'interruption du travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée (des indemnités journalières pouvant être versées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle dans le cadre du régime ATEXA).

C'est le seul régime à ne pas verser d'indemnités journalières. Les travailleurs non-salariés non agricoles peuvent percevoir des indemnités journalières moyennant l'acquiescement d'une cotisation supplémentaire (0,7 % de l'assiette des revenus professionnels).

Outre le caractère inéquitable de cette situation, la profession agricole souhaite la mise en place d'un système permettant de compenser le préjudice économique né de l'interruption du travail de l'assuré, notamment dans le cas où le recours au recrutement temporaire d'un salarié est nécessaire.

2. Le projet de loi remédie à cette situation inéquitable

Le présent article modifie le code rural et de la pêche maritime afin d'assurer le versement d'indemnités journalières maladie en cas de maladie privée pour tous les non-salariés agricoles du régime MSA.

Le 1^o modifie le premier alinéa de l'article L. 731-13, afin de préciser que les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole doivent obligatoirement s'acquiescer des cotisations relatives aux indemnités journalières, à la différence des cotisations techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et

maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise.

Le 2° procède à la création du dispositif d'indemnités journalières pour les non-salariés agricoles, en introduisant deux nouveaux articles dans le code rural et de la pêche maritime.

Le nouvel article L. 731-35-1 met en place, « *pour la couverture des prestations mentionnées à l'article L. 732-4* » c'est-à-dire les indemnités journalières, « *une cotisation forfaitaire à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole* ».

Cette cotisation, qui est due par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant son activité à titre exclusif ou principal, est valable à la fois pour lui-même et pour les personnes mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 732-4, c'est-à-dire les collaborateurs d'exploitation des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole et les aides familiaux et les associés d'exploitation des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Afin d'assurer l'équilibre automatique du dispositif, il est prévu que le montant des cotisations sera fixé chaque année par arrêté ministériel, en fonction de l'évolution des prestations. Pour l'année 2014 le montant de la cotisation est évalué à 170 euros.

Selon la MSA, l'hypothèse d'une allocation de remplacement a été rapidement écartée car elle impliquait une cotisation d'un montant trop élevé, pour un service qui n'est pas toujours adapté à la diversité économique des exploitations. Il convient en effet de maintenir la possibilité pour chaque exploitant de pouvoir assurer les risques liés à l'activité de l'exploitation en fonction de ses besoins. A également été écarté l'alignement de la cotisation au titre des indemnités journalières sur le régime des accidents du travail (ATEXA), mais la prestation eut été insuffisante au regard du montant des cotisations. En outre, d'un point de vue financier, il était plus pertinent de maintenir une déconnexion des deux cotisations.

Hors affection de longue durée (ALD), ou si l'interruption de la durée de travail ne dépasse pas six mois, l'assuré pourra bénéficier au maximum de 360 jours d'indemnisation sur une période de trois ans.

Afin de ne pas faire peser le poids financier de la création des indemnités journalières sur les comptes de l'assurance maladie, il est en outre prévu que les charge des prestations d'indemnités journalières ainsi que les frais de gestion et de contrôle médical sont couverts intégralement par le produit de la cotisation dont le montant est fixé, en tant que de besoin, chaque année, par arrêté des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale, après avis d'une section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles comprenant des représentants de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, du groupement mentionné à l'article L. 731-31 et des organisations représentatives des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Enfin, les modalités d'application du présent article seront fixées par décret.

Par ailleurs, le nouvel article L. 731-35-2 du code rural et de la pêche maritime prévoit que la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole gèrera un fonds spécial destiné à financer les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 732-4 et alimenté par les cotisations prévues à l'article L. 731-35-1.

Les excédents constatés chaque année donneront lieu à report automatique sur les exercices suivants.

La caisse centrale rend compte annuellement de la gestion de ce fonds spécial à la section spécialisée du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles mentionnée à l'article L. 731-35-1.

Le 3° du présent article modifie l'article L. 732-4, qui prévoyait jusqu'à maintenant que *« l'assurance ne comporte en aucun cas l'attribution d'indemnités journalières. »*

Il est proposé de prévoir que bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée :

- les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ;
- les collaborateurs d'exploitation des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ;
- les aides familiaux et les associés d'exploitation des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Il est, en outre, précisé que *« les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence, réduit en cas d'hospitalisation aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée. »*

L'étude d'impact indique que l'indemnité journalière sera versée au-delà d'un délai de carence de sept jours, ce qui correspond au même délai que les personnes relevant du Régime social des indépendants.

Le 4° du présent article introduit un nouvel article L. 732-4-1 prévoyant que l'indemnité journalière est égale à une fraction du gain forfaitaire annuel mentionné à l'article L. 752-5. Elle est majorée à l'issue de périodes d'incapacité fixées par décret.

Comme le précise l'étude d'impact, le montant de l'indemnité journalière sera forfaitaire et calculé sur les mêmes bases que l'indemnité journalière versée au chef d'exploitation dans le cadre de l'assurance des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (ATEXA), soit

60 % du 1/365^{ème} du gain forfaitaire annuel (20,64 euros depuis le 1^{er} avril 2012) les 28 premiers jours et 80 % du 1/365^{ème} du gain forfaitaire annuel (27,52 euros) à compter du 29^{ème} jour.

Le 5^o du présent article modifie l'article L. 732-6 afin de prévoir que les prestations allouées en application de l'article L. 732-3 fixant les obligations d'assurance des non-salariés agricoles, sont, « *sous réserve des articles L. 732-4 et L. 732-7 à L. 732-9, celles que prévoit la section 2 du chapitre II du titre IV du présent livre relative à l'assurance maladie, maternité, invalidité des salariés des professions agricoles.* » ;

Le 6^o du présent article modifie l'article L. 732-7. Il procède d'abord à la suppression du premier alinéa, qui prévoit que les « *diverses prestations* » maladie maternité et invalidité « *sont fixées, dans les conditions et limites établies par décret, par les statuts et règlements des organismes d'assurance mentionnés à l'article L. 731-30.* ».

Il s'agit de la suppression d'une disposition devenue obsolète.

Le 7^o du présent article modifie l'article L. 732-15 afin de préciser que l'absence des cotisations d'assurance maladie, lorsqu'elle est le fait de la mauvaise foi du bénéficiaire, peut conduire, dans des conditions déterminées par un décret, à la suspension du versement des prestations de l'assurance maladie à l'assuré social, y compris les indemnités journalières. Toutefois, cette sanction n'affecte pas les ayants droit de la personne convaincue de mauvaise foi.

Le 8^o modifie le premier alinéa de l'article L. 762-4 afin de prévoir que les cotisations indemnités journalières maladie s'appliquent aux exploitations de moins de quarante hectares.

Le 9^o introduit un nouvel article L. 762-13-1 pour prévoir que l'application de l'article L. 731-13, c'est-à-dire les exonérations de cotisations prévues pour les jeunes exploitants, concerne la cotisation prévue pour financer les indemnités journalières.

Le 10^o prévoit que l'article L. 762-18 est modifié, afin de préciser que l'assurance maladie couvre les risques liés aux accidents de la vie privée. Par ailleurs, la non-attribution d'indemnités journalières est supprimée.

Le 11^o insère un nouvel article L. 762-18-1, prévoyant que bénéficient d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée, dans les départements d'outre-mer :

– les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 762-7 exerçant à titre exclusif ou principal ;

– les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ;

– les aides familiaux et les associés d’exploitation des chefs d’exploitation ou d’entreprise agricole.

Les indemnités journalières sont servies à l’expiration d’un délai de carence, réduit en cas d’hospitalisation aux assurés ayant une durée minimale d’affiliation dans le régime. La durée d’indemnisation est plafonnée.

Les modalités d’application du présent article sont fixées par décret. » ;

Le 12° prévoit que la mise en place des indemnités journalières maladie et accidents de la vie privée entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

*

La Commission est saisie de l’amendement AS 134 de Mme Véronique Massonneau.

Mme Brigitte Allain. Le nouveau dispositif de protection des agriculteurs est une véritable avancée, car il permet au chef d’exploitation, aux aides familiaux et au conjoint de bénéficier d’une couverture du niveau de celle dont jouissent les salariés ou les indépendants. Cependant, le caractère forfaitaire de la cotisation correspond mal à la grande diversité des revenus agricoles. L’amendement tend donc à rendre cette cotisation proportionnelle. C’est là une question de justice sociale.

M. Christian Paul, rapporteur pour l’assurance maladie et les accidents du travail. L’article 56 représente une véritable avancée sociale : pour la première fois dans l’histoire de la protection collective du monde agricole, les agriculteurs percevront des indemnités journalières.

L’article 56 prévoit l’instauration d’une cotisation forfaitaire de 170 euros, car il a été décidé, dans la discussion avec la Mutualité sociale agricole, d’aligner le régime des indemnités journalières maladie sur celui des indemnités journalières des accidents du travail et des maladies professionnelles, où les cotisations sont forfaitaires, et parce que les cotisations de certaines exploitations étaient vraiment minimes. Peut-être cependant ce dispositif devra-t-il évoluer à l’avenir d’une manière plus différenciée, au nom de la solidarité entre grandes et petites exploitations. Sans doute faudra-t-il également trouver dans les départements les dispositifs de remplacement les moins onéreux, afin de répondre à la demande des agriculteurs, mais cette question dépasse le cadre du projet de loi de financement. Avis défavorable à l’amendement.

Mme Véronique Louwagie. Quel est le délai de carence prévu ?

M. Christian Paul, rapporteur. Sept jours.

La Commission rejette l’amendement AS 134.

Puis elle adopte l’article 56 sans modification

Article additionnel après l'article 56

(art. L. 726-2, L. 726-3, L. 731-10, L. 731-30, L. 731-31 à L. 731-33 et L. 732-7 du code rural et de la pêche ; section II du chapitre II du titre IV du livre IV du code des assurances)

Gestion par la Mutualité sociale agricole du régime d'assurance maladie, invalidité, maternité des non-salariés agricoles

Le présent article vise à confier l'intégralité de la gestion du régime d'assurance maladie des non-salariés agricoles à la Mutualité sociale agricole.

*

La Commission examine l'amendement AS 257 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Mis en place dans les années 60, le régime d'assurance maladie des exploitants agricoles est ouvert aux chefs d'exploitation et à leurs familles. Depuis 1961, les assurés peuvent être affiliés soit à la Mutualité sociale agricole (MSA), soit à un autre organisme d'assurance, la MSA prenant en charge la compensation et le contrôle du système. Plus de cinquante ans après, alors que 6 % seulement des cotisants optent aujourd'hui pour une affiliation à d'autres organismes, ce système a perdu tout intérêt, et il serait temps d'y mettre fin pour confier à la MSA l'ensemble de la gestion de l'assurance maladie des exploitants agricoles.

La Commission adopte l'amendement AS 257.

Article 57

Dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics

Le présent article fixe le montant pour 2013 des dotations allouées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de publics et privés de santé (FMESPP), à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), aux agences régionales de santé (ARS) et au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Il procède également à certaines simplifications concernant l'affectation des taxes perçues sur les laboratoires et la répartition de la participation des régimes d'assurance maladie au financement de divers fonds et établissements.

1. Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privé

Le **A.** du présent article 57 fixe à 370,27 millions d'euros la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé public et privé (FMESPP) pour l'année 2013.

a) Rôle du fonds

Le FMESPP a été créé par l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Il est 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.

L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 confie la gestion de ce fonds à la Caisse des dépôts et consignations (CDC). En vertu de ce même article, ses ressources sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

En outre, l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a instauré une fongibilité d'une partie des crédits régionalisés du FMESPP avec ceux du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

La création du Fonds régional d'intervention (FIR) par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a entraîné une redéfinition du périmètre du FMESPP. Une partie des missions antérieurement dévolues au FMESPP ont été transférées au FIR. Il s'agit notamment de :

– l’amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d’accompagnement social de la modernisation des établissements de santé et de la modernisation ;

– la modernisation, l’adaptation et la restructuration de l’offre de soins ainsi que par des prestations de conseil, de pilotage et d’accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière engagées par des établissements ou par les agences régionales de santé pour les établissements de leur région.

L’action du FMESPP est donc recentrée sur le financement de mesures nationales, en particulier les investissements faisant l’objet d’un financement national et l’accompagnement des restructurations suivies au plan national dans le cadre du comité des risques financiers.

b) Dotation des régimes obligatoire d’assurance maladie au fonds

Le présent article fixe la dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie au FMESPP pour 2013 à 370,27 millions d’euros. Il s’agit d’une diminution de 4 % par rapport à 2012 due au transfert d’une partie des missions du FMESPP au FIR.

En effet, pour la première fois, le montant de la dotation au FMESPP tient compte du changement de périmètre vers le FIR. À répartition équivalente entre les régimes à celle de 2012, la participation de la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) au financement du fonds pour 2013 s’élèverait à 327 millions. En tenant compte des prévisions de consommation, la créance cumulée du fonds fin 2013 s’élèverait en conséquence à près de 650 millions.

Selon l’étude d’impact, la dotation au FMESPP pour 2013 comprend :

– les crédits correspondant au besoin de financement pour l’année 2013 des projets identifiés comme devant faire l’objet d’un financement national ;

– des crédits d’aide à l’investissement complémentaires (à hauteur de 150 millions d’euros mis en réserve pour faire face aux besoins sur la période 2014-2017) ;

– des crédits destinés à financer les mesures annoncées par la ministre des affaires sociales et de la santé relatives au pacte de confiance avec l’hôpital public, notamment dans le domaine des conditions de travail, ainsi que pour accompagner au plan social les restructurations suivies au plan national dans le cadre du comité des risques financiers.

2. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

Le **B** du présent article fixe le montant global de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) à 85 millions d'euros pour 2013.

a) Les activités de l'office

L'ONIAM est un établissement public de l'État placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, créé par l'article 98 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et dont les dispositions sont codifiées aux articles L. 1142-22 et L. 1142-23 du code de la santé publique. Selon ces articles, il prend en charge :

– les frais de fonctionnement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, auxquelles il apporte son soutien technique et administratif, en application de l'article L. 1142-6 du code de la santé publique, afin de mettre en œuvre 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 du code ;

– l'indemnisation due au titre de la solidarité nationale des victimes de ces accidents, affections et infections, lorsque ceux-ci ne sont pas imputables à une faute engageant la responsabilité d'un établissement ou d'un professionnel de santé, en application de l'article L. 1142-1 du même code.

De plus, depuis sa création l'office s'est vu confié des compétences nouvelles en application de plusieurs lois. L'article 1^{er} de la loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale, dont les dispositions sont codifiées aux articles L. 1142-1-1 et L. 1142-22 du même code, a confié à l'office la mission :

– d'indemniser, 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 ;

– de réparer, 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.

L'article 115 de la loi 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 également élargi les missions de l'ONIAM à :

– la réparation des dommages imputables directement 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.

Les missions de l'ONIAM ont été étendues par la loi 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.

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.

L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) à l'ONIAM de la gestion du contentieux de l'indemnisation des victimes des contaminations par le virus de l'hépatite C.

Enfin, l'article 57 de la loi de finances rectificatives pour 2011 dispose que l'ONIAM est chargée de faciliter, voire de procéder, au règlement amiable des litiges relatifs aux dommages causés par le *benfluorex*.

b) La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'office

Les recettes de l'ONIAM sont constituées essentiellement par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie. L'Établissement français du sang (EFS) et l'État participent aussi au financement de l'office au titre de l'indemnisation des victimes du virus de l'hépatite C pour le premier, et au titre des accidents résultant de vaccins obligatoires pour le second.

Le **B** de l'article 57 propose de fixer la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie à 85 millions d'euros pour 2013, soit une augmentation de 30 millions d'euros par rapport à 2012.

Selon l'étude d'impact, cette prévision est fondée sur le maintien :

– du nombre de dossiers reçus par les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation : 4 117 en 2010, 4 279 en 2011 ;

– du nombre de dossiers transmis par les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation à l'ONIAM (732 en 2010, 669 en 2011), compte tenu des mesures mises en œuvre dans celles-ci pour résorber le stock et accélérer les délais d'instruction ;

– du nombre de contentieux en cours (environ 2 000), compte tenu notamment du maintien voire de l'accélération des délais de présentation des offres par l'office, offres qui sont contestées à un niveau qui demeure constant (environ 5 %).

De plus, les charges de l'ONIAM devraient s'élever à 130,9 millions d'euros en 2013 (hors *benfluorex*), les réserves de l'office devraient donc diminuer au 31 décembre 2013 pour atteindre 13 millions d'euros.

Dépenses 2011 et prévisions 2012 et 2013 de l'ONIAM

(en euros)

Charges et produits	2011	2012	2013 (hors <i>benfluorex</i>)
1) Charges (dont investissements).	100,4	140,9	130,9
Indemnisations (dont provisions)	91,5	128,9	121,9
Dont indemnisations sur crédit de l'assurance maladie (dont provisions)	75,7	91,2	86,5
Autres charges	8,9	12,0	9,0
Dont assurance maladie	7,8	8,4	7,9
2) Produits.	44,5	100,6	131,5
Dont contribution de l'assurance maladie	10,0	55,0	85,0
Dont contribution de l'État	6,5	1,5	1,5
Autres produits (dont reprises sur provisions)	28,0	44,1	45,0
Résultat net	-55,4	-39,7	0,9
Résultat net cumulé	74,4	34,8	35,7

Source : annexe 8 au PLFSS pour 2013

3. L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

Le C de l'article 57 propose de fixer à 22,2 millions d'euros la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au budget de l'Établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (EPRUS). Il s'agit d'une augmentation de 11 % par rapport à 2012.

a) Le rôle de l'établissement

La loi du 5 mars 2007 relative à la préparation de système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, a institué l'EPRUS. Son article 2 lui confère le statut d'un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre de la santé.

Ce statut permet à l'établissement de recevoir une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale. Les dépenses de l'EPRUS sont en outre financées par une subvention pour charges de service public de l'État.

Les subventions de l'État et les dotations de l'assurance maladie à l'EPRUS effectivement versées

(en euros)

	État	Assurance maladie	
	Versements (CP)	Dotations votées	Versements (CP)
2008	60 437 000	55 000 000	0
2009	452 877 861	338 300 000	312 000 000
2009	0	-331 630 491	
2010	333 500	170 000 000	0
2011	17 966 868	0	0
2012	21 770 000	20 000 000	
Total	553 385 229	251 669 509	312 000 000

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé

L'article L 3135-1 du code de la santé publique fixe les missions de l'établissement. Il s'agit principalement de gérer les moyens matériels et humains de réponse opérationnelle aux crises sanitaires. Il est ainsi chargé :

– d'assurer la gestion administrative et le financement 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 ; il s'agit d'un corps de professionnels et d'anciens professionnels de santé destinés à « compléter, en cas d'événements excédant leurs moyens habituels, ceux mis en œuvre 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 ». La charge du recrutement et de l'affectation de ces personnels auprès d'établissements de santé, de cabinets libéraux ou d'administrations est confiée au directeur de l'EPRUS ;

– de constituer le stock des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, ainsi que de gérer et de veiller à l'accroissement de ce stock, il a ainsi 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 ;

– de mener, toujours à la demande du ministre de la santé, ces 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* ».

b) La participation des régimes obligatoires au financement de l'établissement

En application de l'article L. 135-4 du code de la sécurité sociale, les ressources de l'EPRUS comprennent une dotation annuelle des régimes obligatoires d'assurance maladie. Le montant de cette dotation est limité à 50 % des dépenses engagées par cet établissement 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. Le respect de ce plafond doit s'apprécier sur une période de trois années consécutives, la dotation pour 2013 doit marquer l'ouverture de la période 2013-2015.

Le présent article propose de fixer cette dotation à 22,2 millions d'euros, soit une augmentation de 11 % par rapport à 2012. Ce montant permettra de financer les dépenses liées à la gestion des produits de santé des stocks stratégiques de l'État :

– le renouvellement des antibiotiques et antidotes nécessaires à la mise en œuvre du plan NRBC (Arme nucléaire, radiologie, bactériologique et chimique) ⁽¹⁾ ;

– le renouvellement des produits liés à l'application du plan gouvernemental pandémie grippale ;

– la construction de l'entrepôt de stockage central.

Selon l'étude d'impact, le montant global des dépenses prévisionnelles s'élèvera en 2013 à 44,2 millions d'euros contre 72,8 millions en 2012. Ce montant s'élèvera à 44,4 millions en 2014 et à 44,7 millions en 2015. L'assiette pour établir le plafond de la contribution 2013-2015 est ainsi fixée à 133,3 millions d'euros et les dotations inscrites en projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'EPRUS sur 2013-2015 ne devront en conséquence pas excéder 66,6 millions d'euros.

(1) *Le plan NRBC a pour objectif de fournir une aide à la décision au profit du Premier ministre et des ministres concernés lors de la menace d'exécution ou de l'exécution avérée d'une action malveillante ou à caractère terroriste utilisant des matières, agents ou produits nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques.*

Ces nouveaux engagements sont destinés au renouvellement des produits de santé du stock national arrivant à péremption. Il s'agit principalement en 2012 de renouveler les antibiotiques et les antidotes nécessaires à la mise en œuvre du plan « pirate-NRBC ». Par ailleurs l'EPRUS met en œuvre une stratégie de lissage des acquisitions qui doit permettre d'éviter les arrivées à péremption massives des produits de santé et ainsi répartir les coûts de renouvellement du stock national sur plusieurs années.

4. Les dotations aux agences régionales de santé

Le **D** et le **F** du présent article fixent à 160 millions d'euros le montant pour 2012 de la dotation aux agences régionales de santé à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie, et à 83,65 millions d'euros le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement de ces agences.

a) La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie aux agences

L'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST ») dispose que la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences est fixée annuellement en loi de financement de la sécurité sociale. Pour l'année 2013, il est proposé que cette dotation soit fixée, par le **D** du présent article, à 160 millions d'euros au titre du budget de gestion des agences.

Cela correspond à une reconduction du financement par rapport à 2012. Ce montant prend en compte les efforts de gestion demandés à l'ensemble des opérateurs de service public au titre de leurs dépenses de personnel et de fonctionnement.

b) La contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

L'article précité du code de la sécurité sociale établit, à la liste des ressources des agences, les « *contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour des actions concernant les établissements et services médicaux-sociaux* ». En outre, l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, modifiant l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, a permis à la CNSA de déléguer aux agences des crédits au titre d'actions de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. En 2012, cette contribution avait été fixée à 57,55 millions d'euros.

Le **F** du présent article fixe le montant pour 2013 de cette contribution à 83,65 millions d'euros. Ces crédits serviront à hauteur de :

– 27 millions d’euros au titre des groupements d’entraide mutuelle (GEM) dans le cadre du plan « Santé mentale » en direction des personnes handicapées ;

– 46,6 millions d’euros au titre des maisons pour l’intégration et l’autonomie des malades d’Alzheimer (MAIA) dans le cadre du plan « Alzheimer » ;

– 6,2 millions d’euros au titre de l’aide à domicile ;

– 3 millions d’euros pour les aidants familiaux des malades Alzheimer ;

– 0,6 million d’euros pour le financement des centres régionaux d’études, d’actions et d’information en faveur des personnes en situation de handicap (CREAI), sur lesquels s’appuient les agences pour des apports d’expertise et de connaissance dans le champ des politiques médico-sociales en direction des personnes handicapées et des personnes âgées, dans le cadre notamment de la mise en œuvre des projets régionaux de santé et des schémas régionaux d’organisation médico-sociale ;

– 0,25 million d’euros au titre des formations à l’utilisation des logiciels Aggir et Pathos.

Les crédits pour 2013 seront répartis par arrêté ministériel à ces différentes missions.

La dotation globale des agences pour 2013 s’élève donc à 243,65 millions d’euros, soit une augmentation d’un peu plus de 11,48 % par rapport à 2012 (218,55 millions d’euros).

5. Le Fonds d’intervention pour la qualité et la coordination des soins

Le **E** du présent article fixe à 43 millions d’euros le montant de la dotation pour 2013 des régimes obligatoires d’assurance maladie au Fonds d’intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Il fixe aussi le montant maximal des dépenses de ce fonds à 65,1 millions d’euros pour 2013.

a) Rôle du fonds

Le FIQCS a été créé par l’article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, codifié à l’article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Il a pour mission :

– 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 ;

– de financer le développement de « *nouveaux modes d'exercice* », ainsi que des réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;

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

– d'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* » ;

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

– de 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.

Les articles 41 et 118 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatives aux patients, à la santé et aux territoires (« HPST »), dont les dispositions sont codifiées aux articles L. 6323-5 et L. 1435-4 du code de la santé publique, ont étendu les missions du FIQCS en le chargeant également de :

– verser, sur ses dotations régionales, la contrepartie financière pouvant être proposée par les agences régionales de santé aux professionnels de santé conventionnés, centres de santé, pôles de santé, établissements de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 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.

À compter du 1^{er} mars 2012, la part régionale du FIQCS, qui représentait près de 80 % du fonds, a été intégrée au sein du Fonds d'intervention régionale (FIR), qui regroupe des crédits répondant à des objectifs complémentaires de politique santé.

La part nationale du FIQCS est maintenue pour le financement des actions prévues au L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

L'ensemble des acteurs concernés par les missions du fonds sont représentés dans ses organes dirigeants, il dispose en effet :

– d'un « *conseil national de la qualité et de la coordination des soins* », qui en est l'organe délibérant et y rassemble 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* », qui est l'organe exécutif du fonds composé paritairement de représentants du collège des directeurs de l'UNCAM et de l'État ; cet organe définit la politique du fonds, établit les propositions soumises à la délibération du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, évalue les besoins de financement du fonds et élabore une proposition de budget dont il contrôle l'exécution ;

– du bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, qui est composé paritairement de professionnels de santé et de représentants de l'assurance maladie ; ce bureau attribue les aides financées par 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) Évolution de la consommation des crédits du fonds

L'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale dispose 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.

Une politique d'érosion progressive du fonds de roulement du FIQCS est en cours depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, faisant passer celui-ci de 144 millions d'euros à la fin de 2008 à 58,8 millions d'euros à la fin de 2011. Le gel de 30 millions d'euros en 2012 et le nouveau prélèvement intégré dans le cadre du présent projet de loi permettent de limiter la dotation pour 2013 à 43 millions d'euros. Cela conduit à un fonds de roulement prévisionnel de 5,7 millions fin 2013.

c) Dotation pour l'année 2013

Le présent article du projet de loi fixe la dotation pour 2013 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FIQCS, désormais restreint au financement d'actions à caractère national, à un niveau inférieur à 2012 : soit 43 millions d'euros, pour une autorisation de dépenses de 65,1 millions d'euros.

Selon l'étude d'impact, le solde des besoins de financement sera compensé par un prélèvement sur le fonds de roulement constitué des montants non consommés au cours des années antérieures, à hauteur de 22,1 millions d'euros.

Il s'agit là de poursuivre les efforts de lissage des excédents de crédits régulièrement sous-consommés et la politique d'érosion progressive du fond de roulement, sans pour autant épuiser celui-ci afin d'éviter de devoir redoter largement le FIQCS en un seul projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Selon les prévisions d'exécution, le fonds de roulement s'élèverait en fin 2012 à 33 millions d'euros et 5,7 millions d'euros en fin 2013.

Budget du FIQCS en 2011 et 2012 et proposition de budgétisation pour 2013

	2011	2012 (prévisions)	2013 (prévisions)
National (dont)	56	63	65,1
Dossier médical personnel (DMP)	45,5	47,5	47,5
Contrat d'engagement de service public (CESP)	3,1	8	13,1
Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)	1,5	0	0
Autres	5,9	7,5	4,5
Régional	205,7	47	0
Dont réseaux	167	40	0
Total	261,7	110	65,1

Source : ministère des affaires sociales et de la santé

Le budget national finance essentiellement le déploiement du dossier médical personnel et du contrat d'engagement de service public (CESP).

Les mesures nouvelles portent essentiellement sur la poursuite de la montée en charge de ces derniers.

6. Le financement de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Le **G** du présent article vise à faciliter le financement des missions confiées à l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) au bénéfice direct des établissements de santé.

Il ajoute à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 un III *quinquies* qui dispose que « *le fonds peut financer les missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé déléguées par le ministre en charge de la santé au groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique* ».

En effet, le cadre juridique du FMESPP ne lui permet pas de financer des opérations de développement de systèmes d'information au bénéfice des établissements de santé, lorsqu'elles nécessitent d'être mise en œuvre au niveau national, par le biais de l'ASIP, alors que les établissements peuvent en revanche avoir accès au FMESPP pour des projets locaux.

Ainsi, le projet de modernisation des systèmes d'information et de télécommunications des SAMU - centres 15 pour lequel l'ASIP était mandatée ne peut pas être financé par le FMESPP.

Le présent article modifie donc le cadre juridique du FMESPP afin qu'il puisse financer la maîtrise d'ouvrage déléguée à l'ASIP ainsi que certains investissements.

7. Les mesures de simplification et de rationalisation

Le **H** du présent article vise à affecter les taxes perçues sur les laboratoires à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et à homogénéiser les modalités de répartition de la participation des régimes d'assurance maladie au financement de divers fonds et établissements.

a) L'affectation au régime général des taxes perçues sur les laboratoires

Actuellement, les taxes perçues sur les laboratoires sont partagées entre le régime général, la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) et le Régime social des indépendants (RSI).

Le **H-I-A** du présent article modifie les articles L. 138-8 et L. 138-18 du code de la sécurité sociale, afin de modifier les modalités d'affectation de ces taxes. Ainsi, la contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques ainsi que la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques sont affectées à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

La CNAMTS bénéficie déjà des taxes perçues par la CCMSA dans la mesure où le régime agricole lui est financièrement intégré. En revanche, elle bénéficiera des sommes antérieurement attribuées au RSI.

Le **H-I-B-2°** de l'article 57 modifie l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale afin de rendre la CNAMTS seule bénéficiaire des remises octroyées par les entreprises exploitant une ou plusieurs spécialité pharmaceutique remboursable et s'engageant collectivement, par une convention nationale, à faire bénéficier la CNAMTS d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaire de ces spécialités réalisé en France.

La caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole ne pourront donc plus en bénéficier.

Le **H-I-B-3°** modifie l'article L. 162-37 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le montant des remises prévues aux articles L. 162-18 et L. 165-4 est versé à la CNAMTS.

Il s'agit de mettre un terme à la répartition de cette remise par la CNAMTS entre les divers régimes d'assurance maladie. Il s'agit de la remise visée au **H-I-B-2°** et des remises sur le chiffre d'affaire prévues par une convention conclue entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les entreprises pharmaceutiques. L'article L. 162-16 n'est pas visé dans l'article L. 162-37 issu de sa nouvelle rédaction.

Le **H-I-B-4°** modifie l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale afin de rendre la CNAMTS seule bénéficiaire des remises sur le chiffre d'affaires prévues par une convention conclue entre le CEPS et les entreprises pharmaceutiques.

Le **H-III** supprime le 3° de l'article L731-2 du code rural et de la pêche maritime qui disposait que le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles était partiellement assuré par une fraction des taxes perçues sur les laboratoires.

b) La simplification des modalités de répartition de la participation des régimes d'assurance maladie au financement de certains fonds et organismes

Afin de simplifier les modalités de répartition de la participation des régimes d'assurance maladie au financement d'un certain nombre d'organismes et de fonds, le **H** du présent article renvoie à un décret fixant une clé de répartition unique en fonction du montant total des prestations versées par chacun des régimes. En conséquence :

– le **H-I-B-1°** modifie l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale concernant la Haute Autorité de santé (HAS) ;

– le **H-I-C** modifie l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale concernant le FIQCS ;

– le **H-II-A-1°** et le **H-II-A-2°** modifient respectivement les articles L. 1142-23 et L. 1142-23 du code de la santé publique concernant l'ONIAM ;

– le **H-II-B** modifie l'article L. 1222-8 du code de la santé publique concernant l'Établissement français du sang (EFS) ;

– le **H-II-C** modifie l'article L. 1417-8 du code de la santé publique concernant l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) ;

– le **H-II-D** modifie l'article L. 1418-7 du code de la santé publique concernant l'Agence de biomédecine (ABM) ;

– le **H-II-E** modifie l'article L. 3135-4 du code de la santé publique concernant l'EPRUS ;

– le **H-II-F** et le **H-VI** modifient respectivement les articles L. 6113-10-2 du code de la santé publique et 69 de la loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 concernant les établissements hospitaliers ;

– le **H-IV** modifie l'article 4 de la loi du 17 janvier 2012 de modernisation sociale concernant l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ;

– le **H-V** modifie l'article 116 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière concernant le Centre national de gestion (CNG) ;

– le **H-VII** modifie l'article 40 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 concernant le FMESPP.

*

La Commission examine les amendements identiques AS 47 de Mme Bérengère Poletti et AS 100 de M. Dominique Tian.

Mme Véronique Louwagie. L'amendement AS 47 vise à diminuer de manière importante la participation prévue des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), en la faisant passer de 370,27 millions à 265 millions d'euros. Après les plans d'investissement « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », en effet, il n'est prioritaire ni de renforcer la politique d'investissement hospitalier ni de recruter 4 000 emplois d'avenir.

Mme Isabelle Le Callennec. Comment ce fonds peut-il intervenir dans deux domaines aussi différents que les nouveaux investissements hospitaliers et les emplois d'avenir ? Il serait par ailleurs utile de disposer d'un rapport sur l'évolution des effectifs des hôpitaux, et notamment sur la répartition entre personnel médical et personnel administratif.

M. Christian Paul, rapporteur. Les moments de sidération n'ont pas manqué tout au long de ce débat, mais ce soir nous atteignons des sommets ! Vous venez de refuser de voter le régime des indemnités journalières des exploitants agricoles, dont acte ; et vous refusez maintenant que la dotation pour le FMESPP soit portée à la hauteur prévue ! Je rappelle aux collègues de l'opposition que le montant des opérations hospitalières non financées laissées par le gouvernement sortant – dont certaines n'avaient même pas fait l'objet d'un dossier – s'élève à plus de 2 milliards d'euros. Et voilà que vous proposez de diminuer les crédits d'investissement pour les hôpitaux ! J'attends avec impatience que vous présentiez cet amendement devant les Français et le défendiez dans l'hémicycle. Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Dans un souci de maîtrise des dépenses et compte tenu des circonstances économiques, il faut être prudent en matière d'investissements, comme le préconisait le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) du mois de juillet. La créance cumulée est actuellement importante, et il est possible cette année de réduire de façon modérée le FMESPP. La réduction de la dotation du fonds peut s'accompagner d'une meilleure gestion ; ainsi, au niveau des établissements, la vente du patrimoine immobilier qui ne sert plus à l'hospitalisation peut permettre des réinvestissements.

M. Christian Paul, rapporteur. Monsieur Door, vous étiez jusqu'au printemps dernier le rapporteur du budget de l'assurance maladie ; les rapports de l'IGAS du mois de juillet concernant la maîtrise de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) n'ont donc dû vous surprendre ni dans le diagnostic qu'ils ont posé ni dans les remèdes qu'ils ont proposés. Vous ne découvrez pas non plus ce soir l'étendue des promesses faites aux hôpitaux quant aux investissements à venir. Ce qui vous surprend peut-être plus, c'est que nous maintenons la progression de l'ONDAM à 2,7 % et que la ministre de la santé, Mme Marisol Touraine, annonce une politique de soutien à l'investissement hospitalier, mais dans un cadre particulièrement maîtrisé. Tous les investissements qui avaient fait l'objet de promesses inconsidérées seront évalués le moment venu, avec le souci de donner la priorité aux opérations les plus utiles. Nous tournerons la page d'une politique d'investissements virtuels pour mettre en place des investissements réels, évalués et maîtrisés. Mais votre volonté de réduire aussi considérablement les crédits d'investissement des hôpitaux français est pour nous une très grande surprise.

M. Gérard Sebaoun. Point n'est besoin de mimer ce qu'avait fait Mme Touraine en séance publique en brandissant la liste des investissements non financés pour reconnaître qu'il y a aujourd'hui des hôpitaux en souffrance – comme celui d'Argenteuil dans le Val-d'Oise – qui attendent des fonds promis depuis longtemps. Il sera difficile à l'État d'être de tous les rendez-vous, tant le nombre de promesses à honorer est astronomique. Mais ne pas vouloir aujourd'hui investir un montant, d'ailleurs mesuré, dans les hôpitaux publics, c'est signer leur arrêt de mort.

La Commission rejette les amendements AS 47 et AS 100.

Puis elle examine l'amendement AS 190 de M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Cet amendement vise à préciser l'une des missions du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), en insistant sur la légitimité du rôle d'accompagnement qu'il peut avoir dans le cadre de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes pilotes et des recommandations de bonne pratique élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS).

Suivant l'avis favorable de M. Christian Paul, rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 190.

Puis elle adopte l'article 57 modifié.

Article additionnel après l'article 57

Rapport du Gouvernement sur le dossier médical personnel

Le présent article prévoit la remise au Parlement, afin fin mars 2013, d'un rapport d'audit sur le dossier médical personnel, visant à analyser son caractère opérationnel et la qualité de sa gestion, en vue de déterminer l'opportunité de poursuivre le projet.

*

La Commission examine l'amendement AS 258 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Le dossier médical personnel (DMP) a été créé en 2004 dans l'espoir de favoriser la coordination et la qualité des soins. Censé participer à l'élaboration du système d'information de santé pour la médecine de ville et le système hospitalier, il a dès le départ posé problème. La Cour des comptes, dans son rapport présenté ici même par M. Didier Migaud, s'est interrogée sur les conditions de son déploiement particulièrement chaotique, et sur les 500 millions d'euros qu'il a coûtés et dont une bonne partie ont été dépensés en pure perte. Après audition des syndicats de médecins, nous nous interrogeons sur le dispositif lui-même, péniblement testé depuis plusieurs mois sur quatre régions, qui semble peu adapté aux besoins des professionnels. C'est un véritable naufrage en termes de modernisation du système de santé et un gaspillage des fonds publics de l'assurance maladie. Mes collègues et moi-même demandons au Gouvernement de reprendre ce chantier en décombres, afin de produire devant le Parlement, pour le 31 mars 2013 au plus tard, un rapport d'audit non seulement sur le pilotage, mais également sur le caractère opérationnel du DMP. Le Parlement devra ensuite prendre ses responsabilités.

M. Jérôme Guedj. Je ne peux que souscrire aux propos du rapporteur. Cet article additionnel ne va même pas assez loin, car le sujet mériterait une commission d'enquête parlementaire sur les conditions dans lesquelles le dispositif a été lancé par la loi de 2004 et poursuivi dans un entêtement coupable, alors même qu'en novembre 2007, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pointait déjà des dérives, et qu'en 2011, la Cour des comptes avançait les chiffres que Christian Paul a rappelés. Il serait donc de salut public que nous nous saisissons de cette question.

La Commission adopte l'amendement AS 258.

Après l'article 57

La Commission examine l'amendement AS 101 de M. Dominique Tian.

Mme Isabelle Le Callennec. Nous proposons que le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur la faisabilité et l'impact financier d'une rationalisation des doublons – mis à jour en septembre dernier par l'Inspection générale des finances (IGF) – entre les différentes agences qui interviennent dans le secteur de la santé, notamment l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), la Haute Autorité de santé (HAS), l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Récemment encore, le ministre de l'économie et le ministre délégué chargé au budget ont indiqué qu'ils accueilleraient avec bienveillance des propositions visant à éviter les doublons dont la multiplication est également mal perçue par l'opinion publique.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Une mission a été conduite sur cette question par notre ancien collègue Yves Bur à la suite de l'affaire du *Mediator* au cours de la précédente législature.

M. Christian Paul, rapporteur. Votre démonstration, madame Le Callennec, aurait été plus convaincante si vous aviez voté l'amendement précédent, les enjeux n'étant manifestement pas de même échelle. La prolifération de ces agences ne date pas d'aujourd'hui, et l'IGF travaille actuellement sur cette question. Leurs compétences peuvent en effet parfois se chevaucher, et la ministre de la santé aura certainement à cœur d'y remettre de l'ordre. S'il y a des aménagements à faire, nous les soutiendrons, mais pas dans le cadre d'un amendement. Avis défavorable.

M. Michel Issindou. Après avoir auditionné les quelque vingt-quatre agences qui travaillent dans le domaine de la santé, la mission d'information d'Yves Bur avait conclu qu'il fallait en regrouper certaines. Je ne sais toutefois que sont devenues les préconisations de ce rapport.

La Commission rejette l'amendement AS 101.

Article 58

Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Le présent 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 2013 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

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.

● *Un champ différent*

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 prestations 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 AT-MP et 80 % des charges de la branche maladie.

Composition de l'ONDAM et des comptes de branches pour l'exercice 2012

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 2013.

● *Une nature différente*

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 et 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. À l'inverse, l'ONDAM est construit d'emblée comme un objectif interrégimes.

2. L'évolution des composantes de l'objectif de dépenses de la branche

Du fait de leurs champs différents, l'ONDAM et l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès suivent des rythmes de progression différents.

• Des indemnités paternité et maternité en hausse modérée

Selon les estimations présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2012, en 2011, les indemnités journalières (IJ) maternité et paternité ont diminué de 0,5 %. Les IJ maternité ont reculé de 0,7 % et les IJ paternité ont nettement ralenti (+ 1,6 % contre + 3,4 % en 2010). Le recul et le ralentissement de 2011 sont principalement le fait d'une diminution du nombre des naissances. Jusqu'en 2008, les IJ paternité poursuivaient leur montée en charge et étaient plus dynamiques que les IJ maternité. La décélération de ces prestations depuis 2009 et la baisse des IJ maternité en 2011 pourraient traduire une adaptation des comportements à la dégradation de l'emploi.

Pour 2013, on retient l'hypothèse d'un léger fléchissement de la progression des salaires sur les deux années avec une hausse de 2,4 % en 2012 puis de 2,3 % en 2013, d'une légère diminution du nombre des naissances et d'une progression régulière des IJ paternité. Ainsi, la croissance des IJ maternité serait de 1,8 % en 2012 puis 2,3 % en 2013 et celle des IJ paternité de 1,9 % pour chacune des deux années.

Les indemnités journalières, maternité et paternité (régime général)

(en millions d'euros)

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%
Total	2 857	2,4	2 983	4,4	2 968	-0,5	3 0200	1,8	3 090	2,3
dont IJ maternité	2 640	2,6	2 759	4,5	2 741	-0,7	2 790	1,8	2 854	2,3
dont IJ paternité	216	-0,8	224	3,4	227	1,6	231	1,9	236	1,9

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2012.

● *Des prestations d'assurance décès en ralentissement*

En 2011, les prestations d'assurance décès se sont élevées à 166 millions d'euros en hausse de 1,5 % par rapport à 2010. Cette hausse intervient après une succession d'évolutions modérées à la hausse ou à la baisse qui ont laissé ces prestations à un niveau relativement stable (+ 0,5 % par an en moyenne sur la période 2005-2011). En 2012 et 2013, leur progression resterait modérée (+ 1,7 %) pour atteindre près de 169 millions d'euros en 2012 puis 172 millions d'euros en 2013.

● *Des prestations d'invalidité rendues dynamiques par le recul de l'âge légal de la retraite*

Enfin, concernant les prestations d'invalidité, un fort ralentissement (0,5 % de progression seulement en 2009) 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.

En 2010, la revalorisation des pensions de 0,9 % en moyenne annuelle a entraîné une augmentation des dépenses d'avantage principal de 1,5 %. Cependant, la sortie de l'allocation spécifique d'invalidité du compte de résultat de la branche a réduit de 57 % la charge de majoration de pensions. Au total, les prestations légales d'invalidité ont diminué de 3,7 %.

Pour 2011 et 2012, le recul de l'âge de départ en retraite induit par la réforme de 2010 se traduit par un allongement de la durée en invalidité et par une hausse du nombre d'invalides, qui contribue à la hausse des prestations d'invalidité. La réforme aurait joué à la hausse des prestations pour 0,9 point en 2011. Cet effet a été renforcé par une revalorisation des pensions plus importante (+ 1,8 % après + 0,9 % en 2010) et un effet volume particulièrement fort (+ 2,3 %), ce qui a conduit in fine à une progression des prestations invalidité en valeur de 5,2 % en 2011. En 2012 et 2013, l'effet de la réforme des retraites serait plus important avec une contribution estimée respectivement à 3,9 points et 1,8 points ; les pensions seraient revalorisées de 2,1 % puis de 2 % en moyenne

annuelle et le volume progresserait moins rapidement (+ 0,6 % en 2012 puis + 0,9 % en 2013).

Ainsi, les prestations d'invalidité augmenteraient de 6,6 % en 2012 et de 4,8 % en 2013.

Les pensions d'invalidité (régime général)

(en millions d'euros)

	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>
Montants	4 458	4 292	4 513	4 813	5 042
Progression en valeur	0,5 %	- 3,7 %	5,2 %	6,6 %	4,8 %
dont revalorisation	1,3 %	0,9 %	1,8 %	2,1 %	2,0 %
dont effet volume	- 0,8 %	0,5 %	2,3 %	0,6 %	0,9 %
dont réforme retraite			0,9 %	3,9 %	1,8 %
dont ASI		- 5,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2012.

3. 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 2013 :

– à 190,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;

– à 165 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Par rapport aux objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2012, ces montants correspondent à des progressions :

– de 2,8 % pour l'ensemble des régimes (soit 5,2 milliards d'euros) ;

– de 2,8 % pour le régime général (soit 4,5 milliards d'euros).

*

La Commission adopte l'article 58 sans modification.

Article 59

Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2013 et de sa ventilation

Le présent 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 2013

Il est proposé de fixer le montant de l'ONDAM pour 2013 à **175,4 milliards d'euros**, contre 170,8 milliards d'euros en 2012, ce qui correspond à une augmentation des dépenses de **2,7 %** par rapport à l'an passé. L'affectation de 4,6 milliards d'euros de ressources supplémentaires à l'assurance maladie témoigne de la volonté du Gouvernement d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins tout en contenant la progression des dépenses d'assurance maladie, dans la perspective d'un retour à l'équilibre des finances publiques.

On notera à cet égard que la progression de l'ONDAM s'inscrit plus globalement dans le cadre de l'évolution programmée des dépenses publiques, telle qu'elle figure à l'article 9 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

*Montant de l'ONDAM à périmètre constant
pour la période 2012-2017 (en milliards d'euros)*

2012	2013	2014	2015	2016	2017
170,8	175,4	180,0	184,5	189,1	193,8

S'il convient de saluer ce double engagement du Gouvernement en faveur de notre système de santé et du redressement des comptes publics, le respect de l'ONDAM en 2013 nécessitera en réponse un engagement fort de l'ensemble des professionnels et établissements de santé à prodiguer des soins de qualité à coûts optimisés, de nouvelles mesures d'économies s'avérant indispensables.

a) La base de construction de l'objectif

Rappelons à titre liminaire que la construction de l'ONDAM comporte plusieurs étapes : elle englobe tout d'abord le montant de dépenses arrêté pour l'année en cours, réactualisé en fonction des dernières prévisions et rectifié en fonction des éventuels changements de périmètre. Elle tient compte ensuite des évolutions tendanciennes puis intègre le montant d'économies nécessaire pour atteindre le taux d'évolution cible des dépenses soumis au Parlement.

La construction des bases de l'ONDAM pour 2013 part ainsi d'un montant global de dépenses pour 2012 estimé par la Commission des comptes de la

Sécurité sociale à **170,8 millions d'euros** ⁽¹⁾. Il intègre ensuite trois modifications de périmètre détaillées dans l'annexe 7 du présent projet de loi ; ces modifications sont néanmoins neutres sur le périmètre de l'objectif global, dans la mesure où elles affectent uniquement la répartition des dépenses entre les différents sous-objectifs qui le composent. Il s'agit :

– d'un transfert d'environ 45 millions d'euros de l'ONDAM soins de ville vers le sous-objectif relatif aux « autres prises en charge » au titre des **soins à l'étranger des assurés d'un régime français**. Ces crédits, qui correspondent à des dotations aux provisions qui n'était pas identifiable dans les comptes des régimes, étaient en effet jusqu'à présent comptabilisés à tort dans le sous-objectif relatif aux soins de ville ;

– d'un transfert de 18 millions d'euros des établissements médico-sociaux pour personnes âgées vers les dépenses de soins de ville au titre du **financement de médicaments inclus jusqu'alors dans les forfaits de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**. Cette mesure est la conséquence de la fin de l'expérimentation prévue par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ⁽²⁾ : l'évaluation de cette expérimentation n'ayant pas permis d'identifier de gains tant en termes de qualité de la prescription qu'en termes de maîtrise de la prescription et des coûts associés, l'article 54 du présent projet de loi en prévoit l'arrêt au 1er juillet 2013 ;

– d'un transfert de 10 millions d'euros des établissements médico-sociaux vers le sous-objectif relatif aux « autres prises en charge » afin d'abonder le **financement du** parcours des personnes âgées à risque de perte d'autonomie.

b) L'évolution tendancielle de l'objectif

Comme l'an passé, l'évolution tendancielle de l'ONDAM est estimée à **+ 4,1 %**. Cette estimation tient compte de l'évolution naturelle des besoins de santé (augmentation du nombre de pathologies lourdes ou chroniques, meilleur accès des patients à l'innovation) et de la progression de certaines charges (mesures de revalorisation tarifaire, coût de l'énergie, dépenses de personnel au titre du glissement-vieillesse-technicité – GVT–, etc.).

Pour les **soins de ville**, le taux d'évolution des dépenses avant économies nouvelles est estimé à **+ 4,8 %** ; il recouvre à la fois l'évolution spontanée des dépenses et l'anticipation des mesures coûteuses pour l'assurance maladie pour 2013. Ainsi, à la croissance spontanée des dépenses de soins de ville, qui s'établirait à + 4,1 % pour 2013, s'ajoutent : les effets report sur 2013 des mesures d'économies et de coûts mises en œuvre en 2012, les revalorisations et provisions

(1) Ce montant prend en compte un écart prévisionnel de – 350 millions d'euros (voir supra le commentaire de l'article 10).

(2) Expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge financière dans les forfaits soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) ou n'en partageant pas une par le biais d'un groupement de coopération sanitaire.

pour risques afférentes aux mesures prenant effet en 2013⁽¹⁾ et les montants relatifs aux dispositifs favorisant l'accès aux soins (soins de proximité et réduction du reste à charge des patients).

Le taux d'évolution des dépenses afférentes aux **établissements de santé** avant mesures d'économie s'établit à + **3,4 %**. Cette estimation s'inscrit dans le prolongement de l'évolution observée les années précédentes et prend en compte les dépenses inéluctables qui auront lieu au cours de l'année (charges financières et de personnel, coût de l'énergie, cotisation à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, etc.).

Le taux de croissance des dépenses dans le **secteur médico-social** s'élèverait quant à lui à + **4 %** : il traduit un effort financier supplémentaire d'environ 650 millions d'euros pour la prise en charge des personnes âgées et handicapées.

Enfin, les « **autres prises en charge** », qui correspondent au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), aux soins délivrés à l'étranger et aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés particulière⁽²⁾, voient leur taux d'évolution des dépenses évalué à + **5,9 %**, ce qui correspond à une hausse d'environ 6 millions d'euros. Ce taux s'inscrit dans la continuité des évolutions constatées au cours des années précédentes, marquées par une forte variabilité des remboursements de soins délivrés à l'étranger, qui sont difficilement prévisibles.

Au total, avant économies, les dépenses du champ de l'ONDAM progresseraient donc de 4,1 % en 2013 : le respect d'un objectif de dépenses en hausse de 2,7 % nécessitera donc un effort d'économie important, nonobstant les hausses de recettes prévues par le projet de loi de financement.

c) Les mesures nouvelles

Pour 2013 un **effort en recettes estimé à 4,6 milliards d'euros** est prévu en faveur de l'ensemble des régimes obligatoires de base et autres organismes de sécurité sociale⁽³⁾. Environ 1,5 milliard d'euros de recettes nouvelles devraient ainsi être affectées à l'assurance maladie. Ces recettes, qui sont détaillées dans le rapport de notre collègue Gérard Bapt, proviendront à la fois de la mise en place de taxes comportementales conformes aux objectifs de la politique de santé publique (taxes sur le tabac et sur la bière avec un rendement prévu de 450 millions d'euros) et de la suppression de certaines niches sociales (comme la possibilité qui était laissée jusqu'à présent aux particuliers employeurs de cotiser pour leur salarié à domicile sur une base forfaitaire plutôt que sur une base réelle).

(1) Comme les revalorisations des tarifs des transporteurs sanitaires et de certains actes de chirurgie dentaire.

(2) Appartements de coordination thérapeutique, structures d'addictologie, lits d'accueil médicalisés, etc.

(3) Dont 3,4 milliards au régime général et au fonds de solidarité vieillesse.

En complément de ces recettes nouvelles, la construction de l'ONDAM intègre un plan de **maîtrise des dépenses à hauteur de 2,4 milliards d'euros** dont 2,1 milliards d'euros pour le régime général, reposant sur une meilleure organisation du système de santé. L'ensemble des acteurs du système de soins participeront ainsi à l'effort d'économie, des marges d'efficience étant à rechercher aussi bien sur le champ des soins de ville que dans le secteur hospitalier.

• Dans le domaine des **soins ambulatoires**, les mesures d'économie représenteront un montant de **1,76 milliard d'euros** se répartissant comme suit :

– **876 millions d'euros d'économies sur les produits de santé**, obtenues à la fois par des baisses de prix des médicaments *princeps* et génériques et des dispositifs médicaux et par des mesures spécifiques (décotes lors de tombées de brevets, tarification de certains génériques, mesures de convergence de prix, *etc.*) ;

– **225 millions d'euros correspondant à des mesures d'efficience pour certains professionnels de l'offre de soins ambulatoires** : il s'agit, d'une part, de la mise en œuvre de baisses tarifaires pour certaines spécialités médicales (radiologie) et pour la biologie et, d'autre part, d'une limitation des dépenses de transport de patients conforme aux observations de la Cour des comptes, qui passe notamment par une action globale de maîtrise des volumes et une meilleure harmonisation tarifaire pour les taxis ;

– **605 millions d'euros d'économies obtenues grâce à une meilleure maîtrise des prescriptions et une amélioration des pratiques**. Entrent notamment dans ce cadre la mise sous accord préalable de la prescription de certains médicaments d'exception, la maîtrise des prescriptions hospitalières exécutées en ville et les contrats de bon usage des médicaments, ainsi que la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées⁽¹⁾ ;

– enfin, **50 millions d'euros sont attendus du renforcement de la lutte contre les fraudes** (amélioration du recouvrement dans le cadre du recours contre les tiers responsables).

(1) Ce terme désigne les effets indésirables des médicaments. Si toutes les personnes sont potentiellement concernées par la iatrogénie médicamenteuse, avec l'âge, l'exposition à ce risque augmente : ainsi, d'après l'assurance maladie, à partir de 65 ans, l'élimination des médicaments étant plus lente et l'organisme plus sensible, les effets indésirables sont deux fois plus fréquents et plus graves (10 % à 20 % entraînent une hospitalisation).

Tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2013

(en millions d'euros)

Soins de ville	Mesures d'efficience relatives aux professionnels de l'offre de soins ambulatoires	225
	<i>Dont baisses tarifaires médecins et biologistes</i>	155
	<i>Dont amélioration de l'efficience des prescriptions de transports et harmonisation des remises</i>	70
	Mesures d'économies sur les produits de santé	876
	<i>Dont baisses de prix des médicaments princeps, baisses de prix des génériques</i>	530
	<i>Dont baisses de prix des dispositifs médicaux</i>	75
	<i>Dont mise en cohérence des prix des médicaments perdant leur brevet mais non substituables</i>	50
	<i>Dont évaluation du service médical rendu de certaines spécialités</i>	26
	<i>Dont optimisation de la tarification des génériques</i>	100
	<i>Dont mesures de convergence de prix par classe thérapeutique</i>	95
	Mesures d'efficience des prescriptions	605
	<i>Dont maîtrise médicalisée des médicaments, dispositifs médicaux et autres prescriptions</i>	550
	<i>Dont efficience de la prescription des médicaments d'exception</i>	15
	<i>Dont lutte contre la iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées</i>	15
	<i>Dont actions de gestion du risque des ARS (prescriptions hospitalières exécutées en ville, imagerie)</i>	25
	Lutte contre les fraudes	50
Total	1 756	
Secteur hospitalier	Renforcement de l'efficience interne des établissements de santé	314
	<i>Rationalisation des achats hospitaliers</i>	250
	<i>Amélioration de l'organisation des pharmacies à usage intérieur</i>	64
	Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge	193
	<i>Amélioration de l'efficience des prises en charge (chirurgie ambulatoire, adéquation des DMS...)</i>	123
	<i>Renforcement de la pertinence des actes et prises en charge (pertinence des actes, mises sous accord préalable, prise en charge en HAD, soins de suite et de réadaptation)</i>	60
	<i>Amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique</i>	10
	Efficience des produits de santé à l'hôpital	150
	<i>Baisses de prix sur les médicaments de la liste en sus</i>	50
	<i>Baisses de prix des dispositifs médicaux de la liste en sus</i>	40
	<i>Adaptation des indications de la liste en sus</i>	60
Total	657	
Total général	2 413	

Source : Annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

• Une contribution est également attendue de l'hôpital à hauteur de **657 millions d'euros**. Celle-ci reposera sur :

– **l'amélioration de la pertinence des actes et du recours à l'hospitalisation**, avec notamment des actions visant au respect des référentiels de la Haute Autorité de santé en matière de recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR) et d'hospitalisation à domicile et la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire qui permettra d'adapter la durée des séjours aux réels besoins des patients. Signalons à cet égard qu'entre 2008 et 2011, le nombre de séjours en hospitalisation partielle en chirurgie a augmenté de 24 % alors que sur la même période, les séjours en hospitalisation complète ont diminué de 3 % : ce développement concerne prioritairement le secteur public (+ 9 % en 2011) mais les cliniques privées réalisent toujours près de 70 % de cette activité⁽¹⁾. Une meilleure prise en charge de l'insuffisance rénale chronique grâce à un parcours de soins adapté devrait également contribuer à l'objectif de rationalisation des dépenses. L'économie globale escomptée de ces mesures est chiffrée par le Gouvernement à **193 millions d'euros** ;

L'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Un programme d'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique a été mis en place entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Ce programme est articulé autour de trois volets principaux :

– la prévention chez les publics à risques (diabétiques en particulier) : il s'agit notamment de promouvoir les référentiels concernant le dépistage auprès des médecins généralistes, thème qui a été intégré au programme de visite des délégués de l'assurance maladie auprès des médecins généralistes pour le second semestre 2012 ;

– la promotion de la greffe : un programme porté par l'Agence de biomédecine a été initié dès 2011 s'appuyant notamment sur divers leviers organisationnels (favoriser la collaboration entre professionnels concernés pour inscrire les patients en liste d'attente le plus tôt possible, mobilisation de possibilités de prélèvements d'organes, etc.) et les agences régionales de santé ont arrêté des plans d'action régionaux pour la greffe ;

– la promotion de la dialyse hors centre : les agences régionales de santé ont formalisé via les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) des plans d'action visant à favoriser les modes efficaces de la dialyse (dialyse péritonéale, unités de dialyse médicalisée...).

Aujourd'hui, la dialyse péritonéale, qui est mieux adaptée aux attentes d'une partie des patients (elle s'effectue à domicile), est encore peu répandue. Parallèlement, l'hémodialyse est le mode de traitement le plus coûteux, avec en moyenne 88 608 euros par patient et par an, alors que le coût de la dialyse péritonéale est de 64 450 euros (soit un écart de 24 158 euros). En outre, la greffe pourrait être encore développée. Elle assure au patient une amélioration de sa qualité de vie (fin des dialyses). Le coût de prise en charge d'un patient greffé se répartit différemment selon qu'il s'agit de l'année de la transplantation ou des années suivantes : 86 471 euros la première année et 20 147 euros les années suivantes (la différence entre hémodialyse et greffe n'est que de 2 137 euros la première année mais passe à 68 461 euros dès la deuxième).

Ce programme vise donc à développer, pour les patients devenus insuffisants rénaux chroniques, des modalités de prise en charge de qualité, adaptés à leurs besoins et qui sont également moins coûteux pour l'assurance maladie.

(1) Annexe 1 du projet de loi, programme de qualité et d'efficacité « Maladie ».

– des **gains d’efficience dans l’organisation interne des établissements**.

Sont notamment attendues à ce titre une rationalisation des achats hospitaliers, déjà prônée dans le rapport conjoint de l’Inspection générale des Finances et de l’Inspection générale des affaires sociales de juin 2012 sur l’évolution de l’ONDAM ⁽¹⁾, et une réforme du fonctionnement des pharmacies à usage intérieur, qui fait l’objet de l’article 46 du présent projet de loi. Les retombées estimées sont de l’ordre de **314 millions d’euros** ;

– enfin, une meilleure maîtrise des **prescriptions hospitalières** et des baisses tarifaires, en particulier dans le cadre de la liste en sus. **150 millions d’euros** d’économies pourraient ainsi être dégagés d’une révision de la liste des médicaments et dispositifs médicaux financés en sus des tarifs ainsi que d’une baisse des prix de ces produits.

Votre rapporteur approuve ces orientations mais souligne la nécessité d’un fort accompagnement des établissements de santé, à la fois au niveau national, notamment par l’Agence nationale d’appui à la performance (ANAP), et au niveau local par les agences régionales de santé, pour permettre aux établissements de santé de réaliser effectivement les gains d’efficience qui sont attendus d’eux et que ces économies ne se traduisent pas *in fine* par une réduction des personnels dans les établissements de santé qui serait préjudiciable à la qualité des soins. Il insiste également sur le fait que la question de la pertinence des actes ne doit pas être traitée uniquement établissement par établissement mais nécessite une réflexion plus globale sur le recentrage de l’hôpital sur son cœur de métier et sur l’organisation des urgences, comme l’ont d’ailleurs montré les travaux précités des inspections.

1. Ventilation en sous-objectifs

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. Le présent article propose de ventiler l’ONDAM en six sous-objectifs sectoriels, présentés dans le tableau ci-après.

(1) « Propositions pour la maîtrise de l’ONDAM 2013-2017 ».

Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2013

(en milliards d'euros)

	Prévision d'exécution 2012 (base 2013)	Sous-objectifs 2013	Taux d'évolution
❶ Soins de ville	78,5	80,5	2,6 %
Établissements de santé	74,6	76,5	2,6 %
❷ Dont dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,4	56,7	2,4 %
❸ Dont autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,2	19,8	3,1 %
Établissements et services médico-sociaux	16,5	17,1	4,0 %
❹ Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0	8,4	4,7 %
❺ Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4	8,7	3,3 %
❻ Autres prises en charge	1,2	1,3	5,9 %
ONDAM Total	170,8	175,4	2,7 %

On constate donc une progression strictement équilibrée des dépenses pour les soins de ville et les établissements de santé à 2,6 %, qui représentent respectivement 46 % et 43 % du montant de l'ONDAM. L'augmentation des dépenses du secteur médico-social (10 % de l'ONDAM) est affichée à 4 % ; quant aux dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (1 % de l'ONDAM), leur évolution est fixée à + 5,9 %.

S'agissant de l'ONDAM hospitalier, on observe un taux d'évolution programmé de + 2,4 % pour les établissements tarifés à l'activité et de + 3,1 % pour les autres dépenses relatives aux établissements de santé qui recouvrent les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie, les hôpitaux locaux, les unités de soins de longue durée ainsi la dotation de l'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Alors que la loi de financement pour 2012 avait prévu des taux d'évolution identiques à + 2,7 % pour les deux « branches » de l'ONDAM hospitalier, le présent projet de loi propose une revalorisation des dépenses des établissements de santé non tarifés à l'activité.

De même, au sein de l'ONDAM médico-social, on remarque une évolution toujours plus soutenue de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (+ 4,6 %) que de la contribution aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (+ 3,3 %).

Signalons enfin que dans son avis rendu public le 9 octobre, le **comité d'alerte sur l'évolution de l'ONDAM** estime que « *les éléments ayant permis*

l'élaboration de l'ONDAM envisagé dans le [projet de loi de financement de la sécurité sociale] pour 2013 n'appellent pas de réserves sur la possibilité, au stade actuel, de respecter cet objectif ».

S'agissant des économies prévues par le Gouvernement, le comité d'alerte considère que le rendement des mesures touchant les produits de santé, en particulier les baisses de prix et de tarifs « *devrait être assez proche de ce qui est annoncé* ». Il relève toutefois que « *la marge d'incertitude est plus grande pour les autres mesures, qui supposent des modifications de comportement (maîtrise médicalisée) ou des gains 'd'efficience'* », citant les mesures portant sur le transport sanitaire et la lutte contre la fraude. Il juge en outre difficile d'apprécier la vraisemblance des 660 millions d'euros d'économies annoncées sur l'hôpital, compte tenu des éléments dont il dispose, et rappelle qu'une réalisation incomplète des économies annoncées sur les dépenses des hôpitaux se traduirait par un supplément de déficit de ceux-ci.

*

La Commission examine l'amendement AS 125 de M. Arnaud Richard visant à supprimer l'article 59.

M. Arnaud Richard. Il s'agit d'un amendement d'alerte. Selon le récent rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'évolution de l'assurance maladie, il est possible de conjuguer maîtrise des dépenses de santé et amélioration de la qualité des soins. Alors que la nouvelle majorité semblait en accord avec cet objectif, le choix du Gouvernement d'afficher une croissance de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,7 % dès 2013 – 4,6 milliards de dépenses supplémentaires – ne nous paraît pas sage. Seul un effort résolu sera de nature à garantir l'avenir de notre système de santé.

M. Christian Paul, rapporteur. L'opposition parlementaire est le seul corps constitué en France à plaider pour la réduction de l'ONDAM. Même le MEDEF ne le réclame pas, et la Cour des comptes elle-même a été plus nuancée ! Avec ce projet de loi de financement, nous faisons la démonstration qu'il est possible de reprendre en main les comptes sociaux tout en pratiquant une véritable politique de santé et de protection collective. Le fait que nous y parvenions vous dérange sans doute, mais la majorité votera la progression de l'ONDAM proposée par le Gouvernement.

M. Bernard Accoyer. L'ONDAM a été fixé au-dessus de ce qui avait été recommandé par la Cour des comptes. Mais cette promesse politique coûte cher, ces 0,2 points supplémentaires correspondant à 540 millions d'euros. Ce nouveau dérapage s'ajoute aux dépenses engagées ailleurs et à l'abandon de toutes les réformes de structure, qui font de la France le seul pays de l'Europe à ne pas agir contre le surendettement.

M. Jérôme Guedj. Votre critique, monsieur Accoyer, n'est pas sérieuse. Cet ONDAM permet de dégager 4,6 milliards pour les politiques sanitaires, notamment hospitalières. L'ONDAM médico-social dans son ensemble augmente de 4 %, et les crédits affectés aux politiques en faveur des personnes âgées connaissent une hausse de 4,6 %, ce qui permettra de mettre en œuvre la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), tant de fois proclamée. 900 conventions tripartites pourront être signées, et 7 000 emplois seront créés dans les maisons de retraite, et même si vous brandissez le principe de rigueur budgétaire absolue, vous serez heureux d'en profiter sur vos territoires. Ces objectifs figuraient d'ailleurs déjà dans le plan « Solidarité grand âge » présenté par M. Dominique de Villepin, qui n'a jamais été suivi de mesures concrètes.

M. Christian Paul, rapporteur. L'explosion de la dette sociale au cours des dix, et surtout des cinq dernières années allait de pair avec l'impuissance et la résignation devant tous les grands problèmes de santé publique et l'installation des déserts médicaux. J'émet un avis extrêmement défavorable sur cet amendement qui a pour but de diminuer les dépenses de l'assurance maladie. Nous en débattons devant les Français.

M. Arnaud Richard. Je comprends les critiques de l'actuelle majorité à l'encontre des politiques passées ; mais en fixant la croissance de l'ONDAM à 2,5 %, vous auriez donné un signal tout différent. Si vous pensez que les moyens supplémentaires suffiront à assurer une meilleure gestion des dépenses de santé, nous avons encore plus de raisons d'être inquiets.

M. Christian Paul, rapporteur. Ce projet de loi de financement comprend certes des dépenses et mesures nouvelles, mais également 2,4 milliards d'économies qui nous permettront d'endiguer la montée des déficits sans pour autant procéder à des déremboursements ou à un rétrécissement de la protection maladie des Français. C'est un exploit budgétaire qui demande du courage politique.

La Commission rejette l'amendement AS 125.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 48 de Mme Bérengère Poletti.

M. Jean-Pierre Door. Le cap fixé par la majorité n'est clairement pas le bon. La Cour des comptes a fixé une progression raisonnable de l'ONDAM à 2,35 %, sachant que le comité de pilotage de l'ONDAM conduit par M. Raoul Briet avait de son côté estimé que, pour rester dans les limites du déficit public de 3 %, cette progression devait être limitée à 2,1-2,2 %. Vous la fixez aujourd'hui à 2,7 %, alors que pendant trois ans nous avons tenu l'ONDAM dans les clous – une première depuis 1997. Parions que dès le mois de mars ou avril 2013, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie tirera la sonnette d'alarme. Conserver la croissance de l'ONDAM à 2,5 % est possible et nécessaire

pour rester dans les limites du déficit public voulues par le Président de la République, et nous défendrons cet objectif lors des séances publiques.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Certes, l'ONDAM n'était pas respecté en 1997, mais entre 1998 et 2002, les comptes de la sécurité sociale ont été à l'équilibre.

Mme Martine Pinville. Je m'étonne que Bernard Accoyer parle de dérapage alors que le déficit cumulé de la sécurité sociale sur les dix dernières années s'élève à 160 milliards d'euros et que, si vous étiez restés au pouvoir, il aurait été de 20 milliards d'euros pour l'année 2012. La progression à 2,7 % de l'ONDAM, tout comme l'ensemble du projet de loi de financement, expriment notre volonté de redresser les comptes et de préserver notre système de soins.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. M. Door a été rapporteur du budget de l'assurance maladie dans les années les plus noires pour les déficits publics. Les chiffres sont accablants. Avec un ONDAM soi-disant maîtrisé, vous avez accumulé des déficits sociaux records. Quant au Comité d'alerte, il estime que « *les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national d'assurance maladie envisagé dans le projet de loi de financement pour 2013 n'appellent pas de réserves sur la possibilité, au stade actuel, de respecter cet objectif* ».

La Commission rejette l'amendement AS 48.

Puis elle adopte l'article 59 sans modification.

Après l'article 59

L'amendement AS 128 de M. Francis Vercamer n'est pas défendu.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles

Article 65

(art. L. 241-10, L. 413-4, L. 434-2, L. 434-7, L. 443-1 et L. 821-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 232-23 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime)

Création d'une prestation complémentaire de recours à tierce personne

Le présent article vise à mieux prendre en compte la situation individuelle de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP) lorsque son niveau d'incapacité permanente l'oblige, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à recourir à l'assistance d'une tierce personne. Il s'agit de remplacer le versement d'une majoration pour tierce personne (MTP) par une nouvelle prestation complémentaire de recours à tierce personne.

1. Une individualisation bienvenue de la réparation

L'article L. 434-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la rente AT-MP, sous condition de taux minimal d'incapacité permanente partielle (IPP), est majorée lorsque la victime doit avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. La majoration, fixée par décret, est de 40 % (article R. 434-3). Le montant de l'aide ne dépend donc pas du besoin de la personne mais du montant initial de sa rente, dont l'assiette dépend des douze derniers mois de salaire avant l'arrêt de travail.

Un niveau minimum de majoration, fixé par arrêté, est cependant garanti, actuellement 12 989,19 euros par an. La distribution entre les bénéficiaires actuels de rente majorée est relativement homogène : 90 % des bénéficiaires perçoivent le montant plancher (1 082,43 euros par mois) et les 10 % restants perçoivent rarement beaucoup plus, comme le montre la différence de seulement 72 euros par mois entre le niveau minimum et le niveau moyen de l'allocation (1 109,60 euros par mois).

Le caractère individuel du dommage n'est donc pas bien pris en compte, les montants n'étant pas accordés en fonction de besoins qui croissent avec le nombre d'actes de la vie ordinaire que la personne ne peut pas effectuer seule.

Une prestation spécifique est instituée à cette fin. Le degré de perte d'autonomie de l'assuré sera apprécié par le médecin-conseil selon une grille d'évaluation fixée par voie réglementaire. La prestation serait modulée selon trois forfaits, avec un barème mieux différencié.

Il s'agirait tout d'abord d'améliorer la prise en charge des situations les plus lourdes quand la personne ne peut effectuer au moins sept actes ordinaires de la vie ou ne peut être laissée seule : le montant envisagé dans ce cas s'élèverait à 19 484 euros par an, 50 % de plus que le montant plancher de la majoration actuelle. Ce nouveau plafond devrait dépasser les majorations de rentes actuellement perçues par la quasi-totalité des bénéficiaires. En tout état de cause, les bénéficiaires actuels d'une majoration pour tierce personne dont le montant est supérieur au plafond envisagé peuvent opter pour le maintien de la situation actuelle plus favorable.

Une tranche inférieure concernerait les personnes qui ne peuvent pas effectuer au moins trois actes ordinaires de la vie. Elles percevraient 6 495 euros par an alors que le barème actuel ne leur donne pas accès à une majoration.

Pour les personnes qui ne peuvent pas effectuer au moins cinq actes ordinaires de la vie, le montant intermédiaire du forfait (12 989 euros par an) est identique à la majoration actuellement perçue par le plus grand nombre de bénéficiaires.

À terme, les montants consacrés par la branche AT-MP à cette nouvelle prestation s'élèveront au double de l'effort actuel. Le surcroît de dépense pour 2013 est donc estimé à 45 millions d'euros.

L'exigence d'un niveau minimal d'incapacité permanente partielle est maintenue ainsi que taux actuel de 80 % fixé par décret, dans la mesure où une personne incapable d'accomplir plusieurs actes ordinaires de la vie se voit attribuer ce taux. Les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé imputeront le montant de la prestation sur leur allocation (article L. 821-1) : ils ne pourront cumuler les deux prestations mais percevront la plus élevée. Les exonérations de cotisations sociales ouvertes au bénéfice des particuliers employeurs fragiles seront applicables à la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (article L. 241-10).

L'attention de votre rapporteur a été attirée sur la situation de personnes rencontrant des difficultés pour réaliser certains actes ordinaires alors que leur taux d'incapacité est inférieur à 80 %. Il souhaite donc que la mise en œuvre de la réforme permette d'évaluer les éventuels ajustements nécessaires.

2. La réponse à une demande de l'ensemble des partenaires sociaux

Dans l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007 relatif à la prévention, à la tarification et à la réparation des risques professionnels, les partenaires sociaux ont rappelé leur attachement au caractère forfaitaire de la réparation AT-MP, contrepartie de son automaticité, mais ont également demandé que l'indemnisation du préjudice soit mieux individualisée. La convention d'objectifs et de gestion pour la période 2009-2012 passée entre l'État et la Caisse nationale de l'assurance

maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a donc prévu la rénovation du dispositif de réparation de l'incapacité permanente.

Un groupe de travail a été constitué à cet effet début 2012 animé par Mme Rolande Ruellan, ancienne présidente de chambre à la Cour des comptes. Lors de son audition par votre rapporteur, cette dernière a indiqué qu'un consensus s'était dégagé autour de deux objectifs : une meilleure prise en charge des frais supplémentaires liés à l'invalidité ; une meilleure prise en compte du préjudice professionnel lors de la fixation du taux d'incapacité permanente partielle de la victime. Le présent article satisfait bien le premier objectif.

Pour remplir le second objectif, une modification législative n'est pas nécessaire. Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale indique que « *le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité* ».

Ce barème est donc de nature médico-sociale : il tient compte du préjudice physiologique comme du préjudice professionnel. Or, les médecins conseil des caisses ne majorent pas tous de la même façon le taux d'incapacité permanente partielle en fonction du préjudice professionnel alors qu'ils évaluent de façon homogène les préjudices tels que le risque de dégradation de moyen terme conduisant à un handicap. Il a donc été indiqué à votre rapporteur qu'un décret est en préparation afin d'harmoniser la prise en compte de la composante professionnelle du taux d'incapacité permanente partielle.

Votre rapporteur rappelle qu'un « petit » préjudice physiologique peut se traduire par un préjudice professionnel important, quand par exemple il interdit à une personne d'exercer un métier manuel alors qu'elle ne dispose pas d'autres qualifications. La réparation dans ce cas, ne saurait venir seulement du versement d'une petite rente. La branche AT-MP doit consacrer de nouveaux moyens à la réinsertion professionnelle de la victime.

Le **2^e du I** substitue au 3^e alinéa de l'article L. 434-2 la définition de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne à celle de la majoration pour tierce personne.

Les **1^{er}, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e du I** harmonisent l'intitulé de différents articles du code de la sécurité sociale qui mentionnent la majoration pour tierce personne.

Le **II** harmonise la rédaction de l'article L. 232-23 du code de l'action sociale et des familles afin de maintenir l'interdiction de cumul de la prestation avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

Le **III** harmonise au même titre la rédaction de l'article L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime.

Le **IV** prévoit l'entrée en vigueur de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne le 1^{er} mars 2013. Les bénéficiaires de la majoration de rente peuvent toutefois en conserver le bénéfice.

*

La Commission adopte l'article 65 sans modification.

Article 66

(art. L. 452-2, L. 452-3-1 [nouveau] et L. 452-4 du code de la sécurité sociale)

Récupération des indemnités versées en cas de faute inexcusable de l'employeur

Le présent article modifie deux dispositions du code de la sécurité sociale dans le but de lever les obstacles pratiques à la récupération, par les caisses de sécurité sociale, des indemnités supplémentaires qu'elles versent aux victimes lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle est dû à une faute inexcusable de l'employeur.

1. Tirer les conséquences pour les caisses de sécurité sociale de l'amélioration de l'indemnisation de la victime en cas de faute inexcusable de l'employeur

L'article L. 451-1 du code de la sécurité sociale prévoit l'immunité civile de l'employeur en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. La victime ne peut pas agir en réparation contre l'employeur mais accède à la réparation automatique et forfaitaire prévue par le régime spécifique des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Dans ce cadre, les indemnités sont attribuées par la caisse qui les répercute sur un compte employeur selon un modèle spécifique de tarification du risque.

Il est cependant fait exception à ce principe lorsque l'accident du travail ou la maladie professionnelle trouve sa cause dans la faute inexcusable de l'employeur (article L. 452-1). La victime a d'abord droit à une majoration automatique de la rente AT-MP, également répercutée sur le compte AT-MP de l'employeur par la caisse.

Mais elle peut également demander à l'employeur, devant la juridiction de la sécurité sociale, la prise en charge de certains chefs de préjudice complémentaires limitativement énumérés à l'article L. 452-3 (souffrance physique et morale, préjudice esthétique et d'agrément, préjudice résultant de la perte ou de la diminution des possibilités de promotion professionnelle). Leur montant est alors versé par la caisse qui se retourne ensuite contre l'employeur.

L'intérêt pour la victime d'un AT-MP de rechercher la responsabilité de l'employeur pour faute inexcusable a été accru à double titre depuis dix ans : la faute inexcusable est désormais plus facilement reconnue par le juge ; la réparation du préjudice en ce cas est plus complète.

a) La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur a été facilitée

La Cour de cassation a longtemps retenu une conception restrictive de la faute inexcusable définie comme «*faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant*

d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience d'un danger que devait en avoir son auteur, de l'absence de toute cause justificative » (Cass. Ch. Réunies, 15 juillet 1941, veuve Villa). Au fil des ans, cette conception était de moins en moins compatible avec l'obligation, assignée à l'employeur par la loi, de veiller à la santé et à la sécurité des travailleurs et de mener des actions de prévention des risques professionnels (article L. 4121-1 du code du travail, issu de la loi du 31 décembre 1991).

Mais les juridictions civiles assimilaient la faute inexcusable de l'employeur et le délit pénal non intentionnel. En conséquence une relaxe au pénal, fût-ce au bénéfice du doute, faisait obstacle à la reconnaissance d'une faute inexcusable de l'employeur devant le juge civil. Une intervention du législateur a été nécessaire : la loi n°2000-647 du 10 juillet 2000 tendant à préciser la définition des délits non intentionnels a expressément dissocié la faute pénale non intentionnelle de la faute inexcusable de l'employeur (article 4-1 du code de procédure pénale). Il ne subsistait donc plus d'obstacle à ce que les juridictions qualifient plus justement la faute inexcusable de l'employeur.

Par plusieurs arrêts du 28 février 2002, la Cour de cassation a logiquement élargi la faute inexcusable à tout manquement à l'obligation de sécurité *« lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger (auquel est exposé le salarié) et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver »*. Il suffit donc de réunir ces deux conditions cumulatives.

En conséquence, la cour a également abandonné l'exigence du caractère déterminant de la faute qui la conduisait à considérer qu'en cas de faute simultanée de la victime ou d'un tiers, celle de l'employeur ne pouvait être inexcusable. Du fait de l'obligation de résultat en matière de sécurité qui repose sur l'employeur, le caractère inexcusable de sa faute est désormais apprécié par lui-même. Il suffit donc que cette faute soit une cause nécessaire du dommage et non pas une faute déterminante.

La charge de la preuve repose le plus souvent sur le salarié. Mais la présomption de faute inexcusable de l'employeur est simple pour les salariés en contrat à durée déterminée ou mis à disposition d'une entreprise utilisatrice par une entreprise de travail temporaire quand ils n'ont pas bénéficié de formation de sécurité renforcée alors que le poste auquel ils ont été affectés présente des risques particuliers. La présomption est irréfragable lorsque la victime elle-même ou un membre du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a signalé à l'employeur le risque que l'accident ou la maladie a avéré.

b) La réparation du préjudice en cas de faute inexcusable a été accrue

En réponse à une question prioritaire de constitutionnalité transmise par la Cour de cassation, le Conseil constitutionnel a déclaré, le 18 juin 2010, les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au régime d'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) conformes à la

Constitution, tout en émettant une réserve relative aux règles applicables quand l'employeur a commis une faute inexcusable.

Le conseil a estimé que le législateur avait pu mettre en place une réparation forfaitaire pour certains préjudices, qu'il y ait ou non faute inexcusable de l'employeur, sans porter une atteinte disproportionnée au principe de responsabilité. Mais il a formulé une réserve concernant le caractère limitatif des préjudices complémentaires énumérés à l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale : « *Les dispositions de ce texte ne sauraient, sans porter une atteinte excessive au droit des victimes d'actes fautifs, faire obstacle à ce que ces mêmes personnes, devant les mêmes juridictions, puissent demander réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale.* »

Le conseil a donc autorisé la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle causée par la faute inexcusable de l'employeur à demander devant le juge du tribunal des affaires de la sécurité sociale (TASS) un complément d'indemnisation pour l'ensemble des préjudices non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale.

En cas de faute inexcusable de l'employeur, la victime bénéficie donc :

– de l'indemnisation *majorée* du préjudice fonctionnel permanent par majoration du capital ou de la rente AT-MP prévue à l'article L. 452-1;

– de l'indemnisation *forfaitaire* de préjudices spécifiques limitativement énumérés à l'article L. 452-3 ;

– de l'indemnisation *intégrale* des préjudices non indemnisés par le livre IV du code de la sécurité sociale.

Les chefs de préjudices indemnisables sont déclinés dans la nomenclature *Dintilhac*, qui recouvre à la fois **les préjudices patrimoniaux (temporaires** – dépenses de santé et incidence professionnelle antérieures à la consolidation de l'état de la victime – ou **permanents** – dépenses de santé et incidence professionnelle permanentes) et les **préjudices extrapatrimoniaux (temporaires** – souffrances physiques et morales antérieures à la consolidation – ou **permanents** – préjudice d'agrément, préjudice esthétique, préjudice d'établissement qui limite la réalisation d'un projet familial...)

Une nouvelle intervention du législateur est donc nécessaire pour qu'en cas de faute inexcusable, l'indemnisation des dommages expressément cités par le code de la sécurité sociale soit intégrale et non pas forfaitaire.

c) Le versement de l'ensemble des indemnités par la caisse de sécurité sociale est désormais de droit

Il était nécessaire de clarifier la portée de la réserve d'interprétation du Conseil constitutionnel afin d'ouvrir droit pour la victime au versement direct par la caisse de sécurité sociale des montants accordés par le juge au titre de la réparation intégrale.

Une telle clarification était d'ailleurs demandée par la Cour de cassation dans ses rapports des années 2010 et 2011. Il semblait, en effet, peu logique de contraindre la victime à réclamer directement auprès de l'employeur l'indemnisation des préjudices n'entrant pas dans les dispositions du code de la sécurité sociale alors que pour l'ensemble des autres préjudice, l'indemnité est versée directement aux bénéficiaires par la caisse concernée qui en récupère le montant auprès de l'employeur.

Mais la précédente majorité a refusé cette évolution. L'inertie du législateur a contraint la cour à intervenir directement pour définir la portée de la réserve d'interprétation du Conseil constitutionnel.

Tout en maintenant le principe d'une réparation forfaitaire des dommages expressément cités par le livre IV, la décision du 4 avril 2012 de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, rendue contre l'avis de l'avocat général, a aligné les modalités de paiement des préjudices complémentaires sur celles des préjudices limitativement énumérés par la loi. Elle a donc élargi l'assiette des préjudices directement réglés par les caisses de sécurité sociale à ceux qui ne sont pas couverts par le livre IV du code.

L'avantage pour la victime est manifeste. Le versement par la caisse de sécurité sociale lui garantit qu'elle percevra bien le montant, défini par le juge, de l'indemnisation intégrale des préjudices non couverts par le livre IV. Elle ne supportera pas le risque d'insolvabilité en cas de cessation de paiements de l'entreprise par exemple. Votre rapporteur souligne l'intérêt de cette procédure lorsque l'état de la victime nécessite une indemnisation rapide.

C'est donc la caisse de sécurité sociale qui supporte désormais pour ces chefs de préjudice supplémentaires, les aléas du recours ultérieur en remboursement contre l'employeur. Il faut donc s'attendre à une augmentation de l'avance de trésorerie actuellement fournie par les caisses qui versent les majorations de capital ou de rentes prévues à l'article L. 452-2 ainsi que l'indemnisation forfaitaire des préjudices énumérés à l'article L. 452-3.

2. Lever deux obstacles pratiques à la récupération auprès des employeurs des indemnités versées aux victimes

Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi de financement, le nombre de sinistres pour lesquels une faute inexcusable de l'employeur est constatée est supérieur au millier (1 231 par exemple en 2010). Pour les caisses, le versement des majorations d'indemnités en cas d'incapacité permanente, prévues à l'article

L. 452-2, représente une avance de trésorerie de 26 millions d'euros, et pour l'indemnisation des préjudices énumérés à l'article L. 452-3 le montant s'élève à 40 millions d'euros par an. Les montants qui seront versés à l'avenir au titre de la réparation intégrale des préjudices non couverts par le livre IV pourraient croître de façon significative.

Pourtant, plus de la moitié de ces sommes ne sont pas recouvrées par les caisses auprès des employeurs soit parce que le recouvrement sous forme de surcotisation des entreprises ne permet pas d'obtenir la totalité des montants avancés, soit parce que l'entreprise réussit à faire échec au remboursement pour un motif de procédure dont l'application aux situations de faute inexcusable de l'employeur est dénuée de justification.

a) La récupération en capital représentatif

Pour chaque sinistre, la caisse est donc amenée à verser une indemnité, selon les différents cas de figure, soit sous forme de capital, soit pour partie en capital et pour partie en rente le plus souvent servie pendant de nombreuses années.

La caisse établit les sommes représentatives de ces indemnités et en recouvre actuellement le montant par une surcotisation. Mais le taux des cotisations supplémentaires n'excède ni 50 % de la cotisation initiale, ni 3 % de la masse salariale (article R. 452-1). La durée de recouvrement peut atteindre 20 ans. La disparition ou l'insolvabilité de l'entreprise font donc souvent échec au recouvrement de la totalité des sommes engagées par la caisse lors de l'indemnisation de la victime.

Plutôt que d'ajuster les paramètres des cotisations supplémentaires par voie réglementaire, le présent article pose le principe de la récupération des sommes que la caisse a versées ou sera amenée à verser sous la forme d'un capital représentatif de l'ensemble. L'entreprise se verrait donc imputer immédiatement l'intégralité du coût des indemnités liées à la faute inexcusable de l'employeur.

Un sinistre lié à la faute inexcusable de l'employeur coûtant en moyenne 73 000 euros, et son montant est appelé à augmenter à brève échéance. La question de la récupération sous forme de capital représentatif peut être posée pour les plus petites entreprises. L'étude d'impact précise que le secteur du bâtiment, plus accidentogène, représente 37 % des dossiers de faute inexcusable, dans 70 % des cas du fait d'entreprises de moins de vingt salariés. Les modalités de récupération du capital représentatif auprès de l'employeur seront déterminées par décret. Le recouvrement peut en tout état de cause être aménagé en cas de difficultés pour l'entreprise. Des entreprises plus importantes sont d'ailleurs également concernées puisque dans le secteur de la métallurgie, un quart des cas s'observe dans les entreprises d'au moins 150 salariés.

Votre rapporteur souligne que ces entreprises ont, depuis 1987, la faculté de s'assurer contre les conséquences de la reconnaissance d'une faute inexcusable

de l'employeur. Le respect de l'obligation de résultat en matière de sécurité est également le meilleur moyen d'éviter de commettre une faute inexcusable. Le caractère incitatif d'une imputation plus rapide et plus importante du sinistre est un levier majeur de prévention. Le supplément de recette pour l'année 2013 pourrait atteindre 10 millions d'euros.

b) La clarification des effets de l'inopposabilité de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

Le présent article vise, en outre, à ne pas appliquer aux cas où une faute inexcusable de l'employeur est reconnue par le juge la sanction habituelle de la méconnaissance par la caisse des règles qui encadrent, à un stade antérieur, la procédure d'admission de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie.

Suivant une jurisprudence de la Cour de cassation, « *la caisse primaire d'assurance maladie est tenue, avant de se prononcer sur le caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie, d'informer l'employeur de la fin de la procédure d'instruction, de la possibilité de consulter le dossier pendant un certain délai et de la date à laquelle elle prévoit de prendre sa décision* » (Cass. 2^e civ., 8 janvier 2009). Ces règles concernent donc la procédure de reconnaissance du sinistre préalable à son indemnisation puis à sa tarification dans le cadre, spécifique, de la couverture du risque professionnel par la branche AT-MP. La victime n'intervient pas à ce stade qui concerne exclusivement l'employeur et la caisse.

Si la caisse primaire méconnaît ces garanties de procédures (codifiées à l'article R. 441-11 du code de la sécurité sociale), la sanction de l'« *inopposabilité* » est infligée par les juridictions sur recours de l'employeur dans le cadre du contentieux de la tarification. La décision de la caisse primaire sur le caractère professionnel du sinistre est inopposable à l'employeur mais conserve ses effets à l'égard du salarié. L'employeur ne voit pas le sinistre imputé sur son compte employeur mais la victime perçoit bien les indemnités AT-MP. On comprend l'objectif de cette mesure qui incite les caisses à respecter les droits de l'employeur au stade de l'instruction du dossier.

Mais cet obstacle mis à la tarification du sinistre ne saurait s'appliquer à la récupération de majorations ou indemnités consécutives à une décision de justice prise au terme d'un contentieux dont la caisse n'est pas partie. Alors que la tarification classique du risque professionnel ne met en relation que l'employeur et la caisse, l'indemnisation du dommage en cas de faute inexcusable de l'employeur découle toujours d'un contentieux initié par la victime devant le tribunal des affaires de la sécurité sociale. La caisse n'intervient ultérieurement pour majorer les cotisations AT-MP ou récupérer des montants que parce qu'elle a versé directement les indemnités à la victime. Mais elle intervient alors sur le fondement d'une décision de justice qui établit logiquement l'origine professionnelle du dommage, puisqu'il prononce la faute inexcusable de l'employeur.

Une disposition expresse est donc introduite par un nouvel article L. 452-3-1 du code de la sécurité sociale. Elle précise que « *la reconnaissance de*

la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à raison des dispositions des articles L. 452-1 à L. 452-3 ». La récupération des sommes sera donc possible même en cas d'erreur de procédure à un stade antérieur. Le supplément de recette pour l'année 2013 pourrait atteindre 20 millions d'euros.

L'étude d'impact jointe au projet de loi précise qu'un scénario alternatif a été envisagé : la caisse n'interviendrait que comme un simple fonds de garantie aux côtés du salarié dans sa relation à l'employeur, ce dernier ne pouvant dès lors invoquer contre le salarié lui-même, seul titulaire de la créance dans ce cas, les erreurs de procédures antérieures commises par la caisse. Mais cette solution serait fondée sur une obligation d'assurance des employeurs, qui nécessiterait des moyens de contrôle, de sanction et de régulation trop difficiles à mettre en œuvre.

Votre rapporteur se félicite de ces mesures et souhaite désormais que le Gouvernement puisse poursuivre ses efforts en matière d'amélioration de l'indemnisation en cas de faute inexcusable de l'employeur, mais également pour les accidents du travail et les maladies professionnelles de manière générale. Dans le domaine des risques professionnels en effet, améliorer l'indemnisation ce n'est pas seulement faire œuvre de justice envers les victimes, c'est aussi accroître l'incitation pour les employeurs à renforcer la prévention. C'est donc contribuer à réduire le nombre de victimes à indemniser à l'avenir.

Le **1^{er} et le 3^e du I** modifient les articles L. 452-2 et L. 452-4 du code de la sécurité sociale afin de substituer la récupération par capital représentatif, dans des conditions fixées par décret, des majorations payées par la caisse à la récupération par cotisations supplémentaires.

Le **2^e du I** insère un nouvel article L. 452-3-1 au code de la sécurité sociale qui précise que la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte obligation de versement des sommes dues indépendamment des conditions d'information de l'employeur par la caisse lors de la procédure d'admission de l'origine professionnelle de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Le **II** prévoit que la récupération sous forme de capital représentatif s'appliquera aux indemnités dont la récupération est initiée à compter du 1^{er} avril 2013. Il prévoit également que le nouveau régime en matière d'inopposabilité sera applicable aux actions en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur introduites devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2013.

*

L'amendement AS 103 de M. Gérard Cherpion n'est pas défendu.

La Commission adopte l'article 66 sans modification.

Article 67

(art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 ; art. L 341-14-1 du code de la sécurité sociale)

Amélioration de la retraite à 60 ans des polypensionnés bénéficiaires d'une allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

L'article 41 de la loi de financement pour 1999 a institué l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) et fixé les âges de première perception et de départ en retraite en fonction de l'âge légal de liquidation des pensions à taux plein en cas de carrière complète (60 ans).

La loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a augmenté progressivement cet âge pour les générations nées à partir du 1^{er} juillet 1951 et l'a porté à 62 ans pour les générations 1955 et suivantes. Une disposition de ce texte a logiquement cherché à maintenir, pour les travailleurs de l'amiante, le principe d'une liquidation à taux plein de l'ensemble des droits à pension à 60 ans, en cas de carrière complète.

Le présent article complète cet article afin de régir la totalité des droits à pension des travailleurs de l'amiante et d'inclure les dispositifs spécifiques de départ anticipé au titre de l'amiante relevant de régimes particuliers tels celui des Invalides de la marine, de la SNCF ou EDF.

Il s'agit de rétablir une situation d'égalité entre l'ensemble des salariés et anciens salariés d'établissements où l'amiante a été utilisée et qui relèvent à ce titre d'un dispositif de départ anticipé.

L'article 98 de la loi du 9 novembre 2010 n'avait, en effet, pas pris en compte deux types de situations :

- Certains assurés perçoivent l'ACAATA ou une prestation équivalente à raison d'une activité emportant affiliation à un régime spécial. Mais ils ne peuvent pas liquider à 60 ans les pensions qu'ils ont acquises dans le régime général car la modification effectuée en 2010 le régime s'applique aux seuls bénéficiaires de l'ACAATA versée par le régime général ou le régime agricole.

Le présent article précise donc qu'en cas de carrière complète, la liquidation à 60 ans des droits à pension du régime général ou agricole s'applique aux bénéficiaires d'une allocation ayant un objet analogue à l'ACAATA.

- Certains bénéficiaires de l'ACAATA auprès du régime général ou agricole ont acquis des droits à pension auprès de régimes spéciaux dont l'âge de départ à la retraite n'est pas aligné sur le régime général.

Or les dispositions de la loi de financement pour 1999 qui prévoient la liquidation de l'ensemble de ces droits dès 60 ans, dans leur rédaction actuelle, ont

renvoyé à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale qui ne couvre pas l'ensemble des régimes spéciaux mais seulement les trois fonctions publiques et les ouvriers de l'État, dont l'âge de départ en retraite est déjà aligné sur le régime général. Lorsque l'âge légal de départ en retraite applicable aux autres régimes spéciaux augmentera, les travailleurs de l'amiante du régime général qui y ont acquis des droits à pensions ne pourront plus les liquider simultanément.

Le présent article étend donc aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale la borne d'âge dérogatoire instituée au bénéfice de l'ensemble des travailleurs de l'amiante.

Le coût de ces deux mesures est estimé à un millions d'euro en 2013 et 2014, deux millions d'euros en 2015 et trois millions d'euros en 2016.

● Enfin, une dernière modification, de coordination, permet de mieux articuler les dispositions relatives à la pension de retraite, versée à partir de 60 ans aux anciens bénéficiaires de l'ACATAA, et à la pension d'invalidité, dont l'âge de fin de perception est défini en fonction de l'âge légal de départ à la retraite, donc au plus tard jusqu'à 62 ans. Actuellement aucune disposition n'interdit à un ancien bénéficiaire de l'ACATAA de percevoir, entre 60 et 62 ans, une pension d'invalidité, ce qui enfreint le principe de non cumul entre pension d'invalidité et pension de vieillesse.

Le **1^{er} du I** modifie le II de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 afin de rendre les dispositions relatives à la liquidation de l'ensemble des pensions à 60 ans en cas de carrière complète applicables, d'une part aux bénéficiaires d'allocations de cessation d'activité liées à l'amiante relevant des régimes spéciaux et d'autre part aux droits à pension acquis auprès de ces régimes.

Le **2^e du II** complète l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale qui énumère les régimes de retraites anticipées emportant suspension de la pension d'invalidité et y ajoute la retraite anticipée des anciens bénéficiaires de l'ACAATA.

*

La Commission adopte l'article 67 sans modification.

Article 68

Versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le présent article a pour objet de fixer à 790 millions d'euros pour l'année 2013 le montant du reversement de la branche accidents du travail maladies professionnelles (AT-MP) vers la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Issu de l'article 30 de la loi de financement pour 1997, l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit ce reversement forfaitaire annuel, afin de compenser les dépenses indûment supportées par la branche maladie du fait 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.

La déclaration d'un accident du travail est une obligation pour l'employeur. Il a été indiqué à votre rapporteur que l'augmentation de la gravité relative des accidents du travail pourrait provenir d'une sous-déclaration des accidents les plus bénins, soit du fait d'une pression directe de l'employeur, soit d'appréhensions de la victime au regard de l'emploi. Votre rapporteur tient à souligner que la non-déclaration d'un accident du travail dans les 48 heures est pénalement réprimée.

La maladie professionnelle est, elle, déclarée par sa victime, puis reconnue par les caisses d'assurance maladie. La sous-déclaration des maladies professionnelles traduit donc le comportement des victimes et des praticiens de santé qui n'établissent pas le lien entre l'état de santé et les risques professionnels. Elle peut manifester également l'inadéquation des tableaux de maladies professionnelles ou des procédures complémentaires de reconnaissance.

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 dès lors indûment imputés à la branche maladie. Or les cotisations des employeurs qui financent la branche AT-MP sont indexées sur le nombre d'accidents et de maladies professionnelles déclarés, dans une stricte logique assurancielle. La sous-déclaration conduit donc la collectivité à supporter des charges qui devraient être assurées par les seuls employeurs. Elle réduit également l'incitation des employeurs à la prévention puisque les conséquences financières d'un sinistre ne sont pas imputées sur le compte employeur.

Votre rapporteur tient donc à souligner que ce versement de la branche AT-MP à la CNAMTS est pleinement légitime, même s'il est contesté par certains partenaires sociaux.

Afin de donner une base de calcul incontestée 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.

Le rythme triennal de convocation a permis depuis 1997 à cinq commissions d'évaluer l'estimation de ces versements et d'inspirer différentes réformes visant à réduire la sous-déclaration. Depuis 2008, on peut noter des évolutions dans les domaines de l'information et de la sensibilisation des travailleurs aux risques professionnels avec la mise à disposition du document unique d'évaluation des risques.

Afin de sensibiliser les praticiens de santé, la CNAMTS a lancé deux campagnes d'information conduites par les délégués de l'assurance maladie auprès des médecins traitants; l'une en 2008 sur les maladies professionnelles, l'autre en 2011 sur les troubles musculo squelettiques. Elle a également développé des modules de formation sur les risques professionnels à destination des médecins, dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle. Un outil internet à l'attention des médecins traitants a été mis en ligne en mai 2011 sur le site *ameli.fr*. Il permet d'établir un lien entre les métiers et les pathologies répertoriées dans les tableaux de maladies professionnelles. Par ailleurs, pour inciter les salariés à engager une démarche de déclaration de maladies professionnelles, une expérimentation a été menée sur une pathologie ciblée (le cancer de la vessie) d'abord dans deux régions puis étendue à cinq autres en 2011. Elle a permis un accroissement important du nombre de déclarations et de reconnaissances de l'origine professionnelle de cette maladie et servira de base à une extension de la démarche à d'autres départements.

Dans son dernier rapport, la commission signale néanmoins que les progrès accomplis dans la formation des médecins à l'égard des pathologies liées au travail restent faibles. La commission préconise des actions de sensibilisation auprès des présidents d'université pour que soient instaurés les cours sur les pathologies professionnelles durant la formation initiale des médecins et invite à encourager les sociétés savantes médicales à réaliser des outils d'aide au repérage des maladies professionnelles pouvant être utilisés par les médecins traitants et dans les centres de consultations de pathologies professionnelles.

La commission relève également l'absence d'amélioration substantielle dans les pratiques de signalement par les hôpitaux et la lenteur du travail d'actualisation des tableaux de maladies professionnelles. La commission propose d'étudier la possibilité de confier aux infirmières des entreprises ou encore aux agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO) la déclaration de maladie professionnelle du salarié. A minima, il conviendrait d'impliquer davantage les professionnels de santé dans l'accompagnement des victimes pour les démarches administratives et médicales. Le réseau d'aide aux

victimes, réunissant associations de défense et professionnels de santé mis en place par la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis est à cet égard exemplaire.

Au total, le coût de la sous-déclaration pour la branche maladie du régime général est estimé dans une fourchette de 587 à 1 110 millions d'euros, soit un ordre de grandeur légèrement supérieur à celui de 2008, qui mentionnait un coût allant de 564 à 1 015 millions d'euros.

De façon traditionnelle, la méthodologie retenue par la commission a consisté à rapprocher un nombre de sinistres sous-déclarés et le coût moyen attaché à ces accidents et maladies. Les diverses sources et études épidémiologiques existantes ont ainsi été comparées aux statistiques des sinistres indemnisés par la branche AT-MP. Les coûts les plus importants de la sous-déclaration proviennent des cancers d'origine professionnelle. La sous-déclaration en matière de troubles musculo squelettiques semble en diminution du fait des campagnes d'information qui ont permis aux victimes et à leurs praticiens de mieux établir le lien entre l'activité professionnelles de ces affections.

**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
	2011	710,00
	2012	790,00
2013 (prévision)	790,00	

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé.

Les conclusions du rapport présenté en 2011 ont conduit à augmenter de 11,3 % le montant du transfert au titre de 2012 par rapport au montant de 2011, en le portant à 790 millions d'euros au lieu de 710 millions d'euros. En l'absence d'actualisation des conclusions de cette commission qui ne remettra son nouveau rapport qu'en 2014, l'article 68 du présent projet de loi prévoit de maintenir le **montant du versement pour 2013 à 790 millions d'euros**.

*

La Commission adopte l'article 68 sans modification.

Article 69

Contribution de la branche accidents du travail-maladies professionnelles au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Le présent article porte, pour l'année 2013, à 115 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), et à 890 millions d'euros la contribution au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Ces fonds ont été mis en place par les lois de financement de la sécurité sociale pour 1999 et pour 2001 afin d'assurer la prise en charge par la collectivité des conséquences de l'utilisation de l'amiante.

– le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), créé par l'article 53 de la loi de financement pour 2001, finance l'indemnisation intégrale des victimes d'expositions professionnelles ou environnementales aux fibres d'amiante.

– le Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante (FCAATA), créé par l'article 41 de la loi de financement pour 2001, finance principalement la cessation d'activité de salariés d'établissements ayant fait utilisation de l'amiante et inscrits à ce titre dans une liste (85 % des allocataires en 2011). Il finance également la cessation d'activité de salariés ou anciens salariés du régime général ou agricole reconnus atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante (15 % des allocataires en 2011).

Le financement des deux fonds est un engagement solennel approuvé par le Parlement. Le financement principal par une contribution de la branche AT-MP, dont les ressources proviennent exclusivement de cotisations à la charge des employeurs, permet de faire reposer cet effort sur les entreprises, si longtemps utilisatrices de ce matériau néfaste mais peu coûteux.

Votre rapporteur tient à souligner que l'amiante n'est pas un drame du passé. Si le nombre de maladies professionnelles reconnues chaque année au titre de l'amiante est en baisse, il demeure élevé et pourrait cesser de diminuer si les chantiers de désamiantage occasionnent de nouvelles expositions à l'amiante, malgré les mesures de protections les plus strictes imposées lors de ces travaux.

Nombre de demandes de reconnaissance de maladie professionnelle due à l'amiante au titre des tableaux 30 et 30 bis

Années	Nombre de demandes suivant l'année de la demande	Nombre de décisions suivant l'année de décision	
		reconnaissance	refus
2005	9 168	8 114	1 115
2006	8 720	7 605	1 230
2007	8 252	7 001	1 259
2008	7 625	6 456	1 288
2009	6 943	5 858	1 165
2010	6 771	5 366	1 277
2011	6 589	5 430	1 417

Source : données CNAMTS mises à jour en mai 2012 tenant compte des demandes au titre du système complémentaire de reconnaissance et comptabilisées au jour de la date de la décision de reconnaissance ou de refus.

Répartition des maladies professionnelles reconnues au titre des tableaux 30 et 30 bis par groupement de syndromes

	Groupement de syndromes	2007	2008	2009	2010	2011
30	Asbestoses	486	465	484	442	405
30	Plaques et lésions pleurales bénignes	4 695	4 128	3 557	3 260	3 267
30	Dégénérescence maligne broncho-pulmonaire	155	183	188	127	115
30	Mésothéliomes et autres tumeurs pleurales primitives	447	437	449	442	483
30	Multi-syndrome	86	27	17	8	4
30	Total du tableau 30	5 869	5 240	4 695	4 279	4 274
30 bis	Cancer broncho-pulmonaire primitif	1 134	1 219	1 167	1 095	1 156
Total des tableaux 30 et 30 bis		7 003	6 459	5 862	5 374	5430

1. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Le I du présent article fixe pour 2013 la contribution de la branche AT-MP du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Créé par la loi de financement pour 2001, le FIVA gère un dispositif d'indemnisation alternatif à la voie contentieuse et vise la réparation intégrale et rapide des préjudices subis par l'ensemble des victimes de l'amiante. Le FIVA complète donc l'indemnisation des maladies professionnelles prévue par le code de la sécurité sociale et versée par les caisses. Il est administré par un conseil où

figurent des représentants des organismes siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles du régime général et des membres proposés par les organisations nationales d'aide aux victimes de l'amiante. Afin de mener ses actions, le fonds dispose d'un effectif de 75 équivalents temps plein.

Les demandes reçues au FIVA concernent essentiellement des victimes reconnues en maladies professionnelles (70 %) du régime général (85 %). De 2002 à fin 2011, il a enregistré 72 000 dossiers de victimes. Il a enregistré par ailleurs 78 000 demandes supplémentaires qui sont soit les demandes des ayant droits, soit des demandes en aggravation.

Le montant total des indemnisations cumulées depuis 2002 atteint 3,136 milliards d'euros.

La part des victimes de l'amiante connues du FIVA dans le département du Nord excède de 9,2 points ce qui serait normalement attendu compte tenu du poids du département dans la population générale. Cette surpondération départementale atteint 8 points pour la Seine-Maritime, 6,8 points pour le Pas-de-Calais et 5,9 points pour la Moselle.

Le nombre global de demandes est stable (17 274 en 2011 contre 17 181 en 2010) mais il y a une baisse du nombre de dossiers déposés par des nouvelles victimes (5 508 en 2011 contre 6 010 en 2010) et une augmentation des demandes induites.

Évolution des suites données depuis 2005 aux demandes déposées par les victimes d'expositions professionnelles ou environnementales aux fibres d'amiante

Année	Demandes des victimes	Demandes refusées par le FIVA	Offres faites
2005	8 467	239	8 329
2006	8 929	177	7 854
2007	10 771	174	8 898
2008	6 563	130	7 405
2009	6 645	216	6 180
2010	6 010	511	6 844
2011	5 508	246	7 125
TOTAL	47 385	1 447	45 510

Compte tenu des délais de présentation des offres d'indemnisation, le total des offres et des refus ne correspond pas au total des demandes

La reconnaissance par l'organisme de sécurité sociale d'une maladie professionnelle due à l'amiante vaut justification de l'exposition. Le FIVA n'est cependant pas lié par le taux d'incapacité permanente retenu par la sécurité sociale. Il détermine son propre taux d'incapacité, auquel il applique un barème déterminé par le conseil d'administration.

Le barème d'indemnisation de l'incapacité est progressif : la valeur du point augmente en fonction de l'importance du taux d'incapacité subie par la victime. Les ressources du fonds se concentrent ainsi sur les victimes atteintes des affections les plus graves. Alors que près de 65 % des victimes sont indemnisées au titre de plaques pleurales et d'épaississements pleuraux qui traduisent une exposition à l'amiante mais ne développent pas, par elles-mêmes, de tumeur, ces affections représentent 21 % du montant des indemnisations, soit 81,5 millions d'euros sur 385 millions d'euros en 2011. Depuis 2007, la part de ces victimes a baissé de 10 points, alors que la part des indemnisations pour pathologies malignes progresse. On constate ainsi une hausse de 5 points de la part des victimes indemnisées atteintes de mésothéliomes.

Le recours au FIVA reste la voie privilégiée par les victimes pour obtenir réparation de leur préjudice. 11 % des victimes entament conjointement un recours au titre de la faute inexcusable de l'employeur devant les tribunaux aux affaires sociales et une demande devant le FIVA, afin de comparer les montants offerts avant d'effectuer un choix. Les montants d'indemnisation accordés par une juridiction relèvent de l'autorité souveraine du juge du fond qui n'applique pas de barème. La charge de l'indemnisation ne repose dans ce cas que sur l'employeur condamné, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur permettant d'obtenir la majoration de la rente versée par la sécurité sociale.

Au bénéfice des victimes, le FIVA engage également des actions contre les employeurs afin d'une part d'obtenir la reconnaissance de la faute inexcusable qui permet de majorer la rente AT-MP accordée aux victimes et d'autre part de récupérer auprès des employeurs le montant des indemnisations versées. Il y a eu 774 recours subrogatoires à ce titre en 2011. 92 autres recours concernent des fonctionnaires. Lors de son audition par votre rapporteur, la directrice générale du FIVA a rappelé l'existence d'une dette du ministère de la défense envers les fonds, s'élevant à 17 millions d'euros en 2011, car il rembourse les seules indemnités versées aux ouvriers d'État mais pas les indemnités versées aux militaires alors qu'il devrait le faire sur le fondement de la décision du Conseil d'État du 4 juillet 2003 Moya-Caville, qui fonde la responsabilité de l'État employeur.

Les victimes qui se sont adressées au FIVA peuvent contester le rejet d'une demande ou le niveau du montant de l'offre devant la juridiction civile. Alors qu'on constatait depuis 2007 une forte hausse du nombre de recours engagés en contestation des décisions du fonds, cette tendance s'est infléchie. Il y a eu 1 200 recours en 2011 contre 1 738 en 2009.

Selon le rapport d'activité du FIVA transmis au Parlement, l'essentiel des recours, en 2011, a porté sur le montant de l'offre d'indemnisation et sur le mode de calcul du préjudice économique. En particulier les ayants droit demandent que le calcul de leur préjudice économique soit réalisé sur la base de leur espérance de vie et non sur celle de la victime directe et contestent la prise en compte de la diminution des revenus de la victime directe au moment du départ à la retraite. Les contentieux relatifs à la prescription de la demande d'indemnisation se sont taris

suite à l'entrée en vigueur de l'article 92 de la loi de financement pour 2011 qui a porté le délai de prescription à dix ans.

L'examen des situations individuelles des victimes concernées par les jugements de la Cour d'Appel de Douai

La cour d'appel de Douai a rendu, le 27 octobre 2011, sur renvoi de la Cour de cassation, une série d'arrêtés revenant sur le niveau des indemnités qu'elle avait allouées dans un premier temps, dans une formation différente, à des victimes de l'amiante ou à leurs ayants droit, les contraignant de ce fait à rembourser une partie de l'indemnité perçue. La cour avait appliqué un taux linéaire pour la valeur du point d'incapacité, différent du barème du FIVA.

La tutelle a donc demandé au FIVA d'accorder aux victimes concernées une remise gracieuse totale du supplément d'indemnisation perçu au titre de leur préjudice corporel en application du barème d'incapacité retenu par la cour en lieu et place de celui que le fonds est tenu d'appliquer.

Le chiffrage de l'impact financier de cette mesure n'est pas encore achevé mais selon les informations fournies à votre rapporteur, pour 104 dossiers, une somme de l'ordre de 400 000 euros serait recouvrée en lieu et place d'un peu plus de 1 million d'euros versés. Le montant de la remise de dette pour ces premiers dossiers s'élèverait donc à plus de 630 000 euros.

Le FIVA doit déduire de son offre d'indemnisation le montant des prestations versées par les organismes de sécurité sociale au titre du même préjudice. La remise ne concerne donc pas les sommes dues par les victimes à raison de l'imputation sur l'indemnisation du fonds des prestations versées par la sécurité sociale.

Près d'un quart des contentieux concerne des contestations de décision implicite de rejet si aucune offre n'est faite par le FIVA au terme du délai légal de six mois. Lors de son audition par votre rapporteur, la directrice générale du FIVA a regretté ces recours et indiqué que les courriers adressés lors de l'enregistrement du demandeur précisent bien qu'une décision explicite interviendra même au-delà du délai de six mois.

Votre rapporteur souligne que l'amélioration des délais de présentation des offres relève en tout état de cause de la responsabilité du FIVA et doit être accentuée. Le rapport d'activité de l'année 2011 indique que le délai moyen s'est élevé à sept mois en 2011 pour les pathologies malignes, contre six mois et deux semaines en 2010.

À l'inverse les délais de présentation d'offre pour les pathologies bénignes se sont améliorés de quatre semaines en 2011 par rapport à l'année 2010. Fin 2011, le délai moyen était ainsi de six mois et trois semaines. Ces gains de temps sont à attribuer à une organisation spécifique mise en place à partir de 2009 pour ces pathologies qui représentent la majorité des demandes. Le délai de présentation des offres aux ayants droit s'est allongé, passant de onze mois et trois semaines en 2010 à treize mois en 2011.

Il convient donc de poursuivre les efforts d'amélioration de ces délais, en se fondant notamment sur les nouveaux systèmes d'information mis en place à

compter du second semestre 2012 qui évitent les saisies multiples de données. L'outil permet l'enregistrement des pièces du dossier sous format dématérialisé et facilite l'instruction par le juriste indemnisateur.

Lors de la conclusion du contrat de performance liant l'État au fonds pour les années 2013-2015, l'attention devra prioritairement être portée sur la poursuite la démarche d'amélioration du service rendu aux victimes et à leurs ayants droit.

Les dépenses du fonds devraient s'élever à 450 millions d'euros en 2012. Le fonds dispose d'un résultat cumulé de 337 millions d'euros ce qui est bien supérieur au niveau de fonds de roulement nécessaire au bon fonctionnement d'un établissement public administratif.

En 2012, la contribution de la branche AT-MP au fonds fixée par la loi de financement s'est élevée à 315 millions d'euros. La contribution de l'État fixée par la loi de finances s'est élevée à 50 millions d'euros. Les dotations de l'État sont versées chaque année en totalité au fonds, alors que les dotations de la branche sont par tranche de 20 millions d'euros, en fonction des besoins que le FIVA précise au fur et à mesure.

Au vu du résultat cumulé, **une dotation de la branche AT-MP de 115 millions d'euros est proposée pour 2013**. Ainsi, et compte tenu des autres produits du fonds (prévus à hauteur de 80 millions d'euros), le résultat cumulé fin 2013 s'établirait à 142 millions d'euros, un niveau de fonds de roulement largement suffisant pour couvrir les besoins. Il n'y a pas de dotation de l'État prévue en loi de finances pour 2013.

2. Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Le **II** du présent article fixe pour 2013 la contribution de la branche AT-MP au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Une allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) a été instaurée par l'article 41 de la loi de financement pour 1999, suivi du décret d'application n° 99-247 du 29 mars 1999. Trois catégories de salariés et anciens salariés sont concernés :

– les salariés ou anciens salariés d'établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante ou d'établissements de flochage ou de calorifugeage à l'amiante, figurant sur des listes établies par arrêté (liste 1) : environ 313 millions d'euros ont été versés à ce titre en 2011 ;

– les salariés ou anciens salariés d'établissements ou de ports et exerçant des métiers de la construction et de la réparation navales, ainsi que des ouvriers dockers professionnels et des personnels portuaires assurant la manutention,

figurant également sur des listes établies par arrêté (liste 2) : environ 197 millions d'euros ont été versés à ce titre en 2011 ;

– 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 : environ 93 millions d'euros ont été versés à ce titre en 2011.

Un contentieux, devant la juridiction administrative, s'est développé à partir de 2005 à l'occasion de refus d'inscription de certains établissements sur ces listes, mais il est en recul depuis 2007. L'essentiel des contentieux porte désormais sur la preuve du caractère significatif de l'activité de calorifugeage, critère nécessaire à l'inscription de l'établissement.

Un groupe de travail présidé par Jean Le Garrec a remis en 2008 un rapport intitulé « *Propositions pour une réforme nécessaire et juste* ». La principale proposition du rapport consistait à envisager l'établissement d'une liste de métiers afin de permettre aux salariés qui ont été les plus exposés à l'amiante de pouvoir bénéficier du dispositif. Cependant, aucune réforme n'est intervenue.

Le nombre d'allocataires a augmenté fortement pendant la montée en charge du dispositif, passant de 3 785 en 2000 à 33 059 en 2006. Les flux de bénéficiaires partant en retraite dépassent celui des nouveaux inscrits depuis 2008. On constate une baisse de 6 % entre 2010 et 2011. Au 31 juillet 2012, 27 185 personnes bénéficient du dispositif.

La durée moyenne de présence dans le fond est de cinq ans. L'âge d'entrée dans le dispositif est établi en soustrayant à l'âge de 60 ans le tiers de la durée de travail effectuée dans les établissements concernés sans pouvoir être inférieur à 50 ans. Le versement est interrompu dès que le bénéficiaire remplit les conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Les bornes dérogatoires de 60 ans en cas de carrière complète et de 65 ans en cas de carrière incomplète sont maintenues.

Le FCAATA finance l'allocation versée ainsi que les cotisations d'assurance vieillesse et de retraite complémentaire des bénéficiaires. Le fonds reçoit principalement une contribution de la branche AT-MP, fixée chaque année en loi de financement. Il reçoit également une fraction du produit des droits de consommation sur le tabac (34 millions d'euros en 2012) et une contribution du régime agricole.

La Caisse des dépôts et consignations (CDC) assure la gestion financière du fonds. La branche AT-MP est en charge de l'examen des dossiers et du versement de l'allocation, du versement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) des cotisations volontaires d'assurance vieillesse et du versement des avances au fonds dans la limite de la contribution prévue par la loi de financement.

Initialement déficitaire, le fonds revient à l'équilibre. En 2011, le solde est excédentaire de près de 51 millions d'euros. En 2012 et 2013, le solde poursuivrait son amélioration, l'excédent passant de 74 à 107 millions d'euros.

Les dépenses baisseraient, passant de 874 millions d'euros en 2011 à 851 millions d'euros en 2012, puis 818 millions d'euros en 2013. Depuis 2011, les dépenses comprennent la compensation aux régimes obligatoires de retraite de base concernés des dépenses supplémentaires engendrées par le maintien de l'âge légal de départ en retraite antérieur à la réforme de la loi du 9 novembre 2010, qui s'élèveraient à 36 millions d'euros en 2013, contre 24 millions d'euros en 2012 et 6 millions d'euros en 2011.

Les recettes ont augmenté légèrement entre 2010 (909 millions d'euros) et 2011 (924 millions d'euros). En 2012 et 2013, elles seraient stables. Le déficit cumulé depuis 2000 poursuivrait sa diminution et ne serait plus que de 44 millions d'euros fin 2013.

Il est proposé de maintenir pour 2013 le niveau de la dotation de l'année 2012, soit 890 millions d'euros. Ce financement permettra au fonds d'apurer à terme la dette de 230 millions d'euros envers la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) correspondant aux avances faites par cette dernière. Une marge de sécurité serait conservée en cas de hausse imprévue du nombre d'allocataires.

*

La Commission adopte l'article 69 sans modification.

Article additionnel après l'article 69

Rapport du Gouvernement sur une voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante

La Commission est saisie de l'amendement AS 192 de M. Christian Hutin.

M. Christian Hutin. Le drame de l'amiante est d'une telle ampleur qu'une loi, aussi bonne soit-elle, ne saurait suffire à régler tous les problèmes. Si le législateur a bien fait son travail en instituant un dispositif de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante, il est très difficile d'adapter un système déjà extrêmement complexe à la diversité des situations individuelles. Certes, on ne peut que se féliciter que le Gouvernement ait garanti le financement de ce dispositif, de même que celui du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, le FIVA. Reste que certains travailleurs de l'amiante n'ont toujours pas accès à ce dispositif, notamment des ouvriers travaillant dans des entreprises sous-traitantes.

Cet amendement est un amendement d'appel afin que l'on s'attaque à cette très grave injustice, notamment en réfléchissant aux modalités de mise en œuvre d'une voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée d'activité. Le Gouvernement a déjà accompli un travail remarquable en réglant en dix jours la situation des victimes condamnées à rembourser ce qu'elles avaient touché du FIVA, dont la mission d'indemnisation semble s'être transformée en persécution : imaginez-vous que certaines de ces victimes étaient mortes !

M. Christian Paul, rapporteur. Le drame de l'amiante est loin d'appartenir au passé. Certes, il n'y a plus d'inquiétude financière depuis que le Gouvernement a consacré la capacité d'intervention du FIVA. Mais il y a encore des progrès à faire. Il faudrait trouver le véhicule législatif adapté, soit un texte dédié, soit un projet de loi plus général, pour régler les quelques centaines à quelques milliers de cas qui ne sont pas encore reconnus.

M. Michel Liebgott. En tant que lorrain, je ne peux que partager les préoccupations de notre collègue Christian Hutin. Pour prendre la mesure de l'ampleur du drame, il faut savoir que l'on s'attend à 100 000 décès d'ici à 2025. Il faut souligner que la précarité des conditions de travail et l'insuffisance des effectifs de l'inspection du travail ont aussi contribué à ce drame. Au moment où nous nous battons pour préserver la sidérurgie, il est temps de reconnaître le sacrifice de ceux qui ont donné leur santé, voire leur vie, pour produire la richesse de notre pays.

La Commission adopte l'amendement AS 192.

Article 70

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2013

En application du 2° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article a pour objet de fixer les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'année.

Le présent article fixe donc, pour 2013, à **13,3 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 **11,9 milliards d'euros** l'objectif de dépenses de la branche pour le seul régime général.

La réduction exceptionnelle de la dotation de la branche au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) explique la stabilité de l'objectif de dépenses par rapport à 2012, alors que le présent projet de loi comporte de nouvelles dépenses qui améliorent l'indemnisation des victimes. La nouvelle prestation complémentaire pour recours à tierce personne entraînerait 45 millions de dépenses supplémentaires en 2013. Les mesures adoptées par voie réglementaire pour renforcer l'adéquation du taux d'incapacité permanente de la victime à ses préjudices professionnels ajouteraient 5 millions d'euros de dépenses en 2013.

Cet objectif de dépense est compatible avec la trajectoire de retour définitif de la branche à l'équilibre et d'apurement progressif des déficits cumulés portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Le présent projet de loi prévoit en effet 30 millions d'euros de recettes supplémentaires du fait de l'amélioration de la récupération par les caisses des indemnités versées en cas de faute inexcusable de l'employeur. Une hausse modérée de 0,05 point de la cotisation employeur est prévue par voie réglementaire, qui apporterait près de 200 millions d'euros de recettes supplémentaire.

*

La Commission adopte l'article 70 sans modification.

ANNEXE :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – **M. Abdou Ali Mohamed**, secrétaire confédéral, et **M. Philippe Maussion**, secrétaire confédéral
- **Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – **Mme Danièle Karniewicz**, secrétaire nationale chargée du pôle protection sociale, et **Mme Barbara Reginato**, expert
- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **M. Patrick Poizat**, secrétaire général adjoint en charge de la protection sociale, **Mme Béatrice Étévé**, responsable en charge de l'assurance maladie, **M. Jean-Michel Cerdan**, secrétaire confédéral en charge de la santé au travail, et **M. Jean-Christophe Ketels**, conseiller technique en charge de la santé au travail
- **Confédération générale du travail (CGT)** – **M. Christophe Prudhomme** et **M. Jean-François Naton**, conseillers confédéraux
- **Confédération Force ouvrière (FO)** – **M. Jean-Marc Bilquez**, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale, et **Mme Marie-Claude Poggi**, assistante au secteur Protection Sociale
- **Syndicat des managers publics de santé (SMPS)** – **M. Christophe Gautier**, président, et **M. Jérémie Sécher**, vice-président, directeur du Centre hospitalier de Fontainebleau
- **Confédération des praticiens des hôpitaux (CPH)** – **Dr Jean-Claude Pénochet**, président, et **Dr Jacques Trévidic**, secrétaire général
- **Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH)** – **Dr. Alain Jacob**, délégué général, et **Dr Jamil Amhis**, secrétaire général
- **Coordination médicale hospitalière (CMH)** – **Dr Norbert Skurnik**, président, **Dr François Fraisse**, vice-président, et **Dr Rémy Couderc**, secrétaire national
- **Syndicat national des médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAMHP)** – **Dr André Elhadad**, président adjoint
- **M. Claude Le Pen**, économiste, professeur à Paris Dauphine, président du Collège des économistes de la santé
- **Eurogip** – **M. Raphaël Haeflinger**, directeur

- **Fédération hospitalière privée (FHP)** – **M. Jean-Loup Durosset**, président, **Mme Elisabeth Tomé-Gertheinrichs**, déléguée générale, **M. Thierry Béchu**, délégué général de la FHP-MCO, et **M. Jean-Baptiste Boudin-Lestienne**, chargé des relations avec le Parlement
- **Ministère du travail, de l'emploi et de la santé** – **Mme Emmanuelle Wargon**, secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, et **Mme Valérie Saintoyant**, en charge de la mission appui ressources stratégies (ARS)
- **Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)** – **M. Stéphane Pimbert**, directeur général
- **Conseil national de l'Ordre des médecins** – **M. Michel Legmann**, président, et **M. Francisco Jornet**, juriste
- **Union nationale des professions de santé (UNPS)** – **M. Alain Bergeau**, président, et **Dr William Joubert**, secrétaire général
- **Haute autorité de santé (HAS)** – **Pr Jean-Luc Harousseau**, président, et **M. Dominique Maigne**, directeur
- **Mutualité française** – **Dr Jean-Martin Cohen Solal**, directeur général, **Mme Isabelle Millet-Caurier**, directrice des affaires publiques, et **M. Vincent Figureau**, responsable du département des relations institutionnelles nationales
- **Fédération des médecins de France (FMF)** – **M. Jean-Paul Hamon**, président
- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)** : **M. Georges Tissié**, directeur des affaires sociales
- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** – **M. Jean-François Pilliard**, président de la commission protection sociale, **Mme Valérie Corman**, directrice de la protection, et **Mme Ophélie Dujarric**, chargée de mission
- **Direction de la sécurité sociale** – **M. Thomas Fatome**, directeur
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – **Dr. Christian Jeambrun**, président, et **Dr Roger Rua**, secrétaire général
- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens** – **Mme Isabelle Adenot**, présidente, **M. Alain Delgutte**, président du conseil central A, et **M. Justin de Bailliencourt**, chef de service de la section A
- **Les entreprises du médicament (LEEM)** – **M. Christian Lajoux**, président, **M. Philippe Lamoureux**, directeur général, **M. Claude Bougé**, directeur général adjoint, et **Mme Muriel Carroll** directeur des affaires publiques

- **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)** – **M. Gérard Pelhâte**, président, **M. Franck Duclos**, directeur de la santé, accompagné de **M. Christophe Simon**, chargé des relations parlementaires
- **Fonds CMU** – **M. Jean-François Chadelat**, directeur, et **Mme Raphaëlle Verniolle**, directrice adjointe
- **Association Diversité proximité mutualiste (ADPM)** – **M. Jean-Louis Span**, président, et **M. Serge Dandeville**, directeur
- **SYNCASS-CFDT** – **M. Michel Rosenblatt**, secrétaire général, **M. Alexandre Aubert**, directeur du centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency, et **M. Éric-Alban Giroux**, directeur des finances du centre hospitalier de Meulan-les Mureaux
- **Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)** – **M. Arnaud de Broca**, secrétaire général, et **M. Karim Felissi**, conseiller national
- **Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé)** – **M. Michel Gagneux**, président, et **M. Jean-Yves Robin**, directeur
- **Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF)** – **Mme Marie-Claire Trevisiol**, secrétaire générale, et **M. Florian Janequin**, membre du conseil d'administration et chargé de communication/partenariats
- **Inspection générale des affaires sociales (IGAS)** – **Inspection générale des finances (IGF)** – **Mme Marine Jeantet**, inspecteur général des affaires sociales, **Mme Maryvonne Le Brignonen**, inspectrice des finances, **Mme Virginie Cayre**, inspecteur général des affaires sociales, et **M. Vincent Lidsky**, inspecteur général des finances, **M. Jérôme Thomas**, inspecteur des finances, et **M. Matthieu Olivier**, inspecteur adjoint des finances
- **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** – **M. Housseyni Holla**, directeur, **Mme Véronique Sauvadet**, chef de service Financement des établissements de santé, et **Mme Joëlle Dubois**, chef de service Classifications, information médicale et modèle de financement
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – **M. Dominique Giorgi**, président
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **M. Jean Debeauvais**, directeur général
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **M. Gérard Vincent**, délégué général, **M. Cédric Arcos**, directeur de cabinet, et **M. Yves Gaubert**, chef du pôle Finances

- **Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)** – **M. Christian Anastasy**, directeur général, et **M. Igor Busschaert**, secrétaire général
- **Association des directeurs d'hôpital (ADH)** – **M. Frédéric Boiron**, président, **Mme Sophie Beaupère**, responsable ADH Jeunes générations, **M. Vincent PrévotEAU**, vice-président Débat public et métier, et **M. Alain Slama**, trésorier national
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** – **M. Michel Chassang**, président
- **Union des caisses d'assurance maladie (UNCAM)** – **M. Frédéric Van Roekeghem**, directeur général et **Mme Véronika Lévendof**, conseiller auprès du directeur général
- **Coordination nationale infirmières (CNI)** – **Mme Nathalie Depoire**, présidente, et **M. Eric Audouy**, vice-président
- **Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI)** – **Mme Marie-Hélène Feuillin**, présidente, et **M. Thierry Amouroux**, secrétaire général
- **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** – **Mme Huguette Mauss**, directrice
- **Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)** – **M. Alain Bergeau**, président, et **M. Cyrille Pernot**, délégué général
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – **M. Franck Gambelli**, président de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles, **MM. Jean-François Naton**, et **Jean-Michel Reberry**, vice-présidents de la CAT/MP, et **M. Dominique Martin**, directeur à la direction des risques professionnels
- **Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)** – **M. Fabrice Henry**, président, et **M. Éric Badonnel**, secrétaire général administratif
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – **M. Jean-François Lequoy**, délégué général, **M. Alain Rouché**, directeur santé, **M. François Tallon**, directeur fiscal, **M. Jean-Paul Laborde**, directeur des affaires parlementaires, **Mme Véronique Cazals**, conseillère du président et **M. Jean-Paul Laborde**, directeur des affaires parlementaires
- **Fonds de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)** – **Mme Rolande Ruellan**, présidente du conseil de surveillance

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)**
– **M. Jean-Yves Dupuis**, directeur général et **M. David Causse**, coordonnateur du pôle Santé Social
- **Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social** – **M. Lionel de Taillac**, conseiller inspection du travail, santé, sécurité et qualité de vie au travail, **Mme Valérie Delahaye-Guillocheau**, chef du service des relations et des conditions de travail
- **Syndicat des Biologistes (SDB)** – **M. François Blanchecotte**, président, accompagné de **Mme Anne-Juliette Rohrbach**, responsable du département Affaires publiques du cabinet Nextep
- **GEMME** – **M. Pascal Brière**, président, et **Mme Catherine Bourrienne-Bautista**, déléguée générale
- **Syndicat des médecins généralistes (MG France)** – **M. Claude Leicher**, président, **M. François Wilthien**, premier vice-président, et **M. Gilles Urbejtel**, trésorier
- **Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)** – **M. Jean-Louis Faure**, délégué général, **Mme Evelyne Guillet**, directrice santé et **Mme Miriana Clair**, directrice des relations extérieures
- **Fédération nationale des podologues (FNP)** – **M. Serge Coimbra**, président, et **M. Jean-Loup Lafeuillade**, vice-président