



N° 3384

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2006.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2007* (n° 3362)

TOME II

ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL

PAR M. JEAN-MARIE ROLLAND,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
I.- LA DYNAMIQUE DE REDRESSEMENT DES COMPTES DE L'ASSURANCE MALADIE DOIT ÊTRE POURSUIVIE ET AMPLIFIÉE EN 2007	11
A. CONVALESCENTE, LA BRANCHE MALADIE EST EN VOIE DE GUÉRISON	11
1. Malgré l'ampleur du déficit, l'évolution des dépenses marque un progrès encourageant	11
<i>a) La décélération des dépenses remboursées de soins se poursuit</i>	11
<i>b) La réduction structurelle du déficit est désormais engagée</i>	12
2. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement est redevenu crédible	13
<i>a) L'ONDAM a été quasiment respecté en 2005</i>	13
<i>b) Le dépassement prévisionnel de l'objectif pour 2006 a été contenu</i>	14
B. UNE LOGIQUE DE PERFORMANCE ET UNE GOUVERNANCE REFONDÉE ONT PERMIS UN PILOTAGE PLUS SERRÉ DES DÉPENSES	16
1. La branche maladie s'inscrit désormais dans une démarche « objectifs-résultats ».....	16
<i>a) Le comité d'alerte a joué efficacement son rôle de vigie</i>	16
<i>b) Novation du projet de loi, les programmes de qualité et d'efficience consacrent l'introduction d'une logique de performance</i>	17
<i>c) Le Parlement est devenu un acteur majeur en matière d'évaluation et de contrôle des dépenses sociales</i>	18
2. Les organismes d'assurance maladie peuvent jouer plus activement leur rôle de gestionnaire : le « payeur aveugle » est devenu « acheteur de soins avisé »	19
<i>a) La nouvelle convention d'objectifs et de gestion pour 2006-2009 place la gestion du risque au cœur de l'assurance maladie</i>	19
<i>b) Les caisses d'assurance maladie ont présenté des propositions détaillées pour poursuivre la maîtrise des dépenses en 2007</i>	20
<i>c) Les organismes complémentaires sont mieux associés à la définition des orientations et à la gestion du système de soins</i>	21
C. LE PROJET DE LOI S'INSCRIT DANS LA CONTINUITÉ DU PLAN DE RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE ENGAGÉ DEPUIS 2004	22
1. L'objectif : un retour de la branche à l'équilibre à l'horizon 2009.....	22
2. Le moyen : des objectifs de dépenses qui nécessitent la réalisation d'importantes économies en 2007	23

II.- L'INFLÉCHISSEMENT DES SOINS DE VILLE SIGNE LE SUCCÈS DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES	25
A. L'OBJECTIF DE DÉPENSES DOIT ÊTRE CRÉDIBLE ET ÉQUITABLE POUR PERMETTRE LA POURSUITE DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE	25
1. Le rééquilibrage des comptes de l'assurance maladie résulte en grande partie de la décélération des soins de ville depuis 2004.....	25
2. Les professionnels de santé ont pleinement joué le jeu de la maîtrise médicalisée et respecté leur part du contrat	27
3. Le sous-objectif soins de ville doit être revalorisé pour ne pas briser la dynamique collective engagée avec les professionnels	29
B. LES MESURES VIGOUREUSES MISES EN ŒUVRE POUR CONTENIR LA CROISSANCE DES PRODUITS DE SANTÉ PORTENT LEURS FRUITS.....	31
1. L'évolution des dépenses est désormais sous contrôle	31
<i>a) Une première inflexion a été constatée en 2005</i>	<i>31</i>
<i>b) La progression des dépenses pourrait être nulle en 2006.....</i>	<i>33</i>
2. Les génériques, anatomie d'un succès : l'efficacité d'une politique globale, équilibrée et contractualisée.....	34
<i>a) L'implication des médecins et des pharmaciens, relayée par les actions engagées par l'assurance maladie, a été décisive.....</i>	<i>34</i>
<i>b) Un équilibre a été recherché entre les intérêts à court et plus long terme de l'assurance maladie.....</i>	<i>36</i>
3. Le déploiement du plan médicament permettra de consolider la maîtrise des dépenses en 2007	38
<i>a) Les médicaments doivent être pris en charge à leur juste coût</i>	<i>38</i>
<i>b) La promotion du bon usage des produits de santé doit être poursuivie.....</i>	<i>38</i>
C. LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SOINS SE POURSUIT.....	39
1. Pour améliorer l'accès de tous à des soins de qualité.....	39
<i>a) Le champ de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé sera significativement élargi.....</i>	<i>39</i>
<i>b) Les personnes atteintes de maladies rares et graves seront mieux prises en charge</i>	<i>41</i>
2. Pour renforcer la prévention et les actes de dépistage	42
<i>a) Une consultation gratuite de prévention pour les personnes âgées de plus de soixante-dix ans sera mise en place dès juillet 2007</i>	<i>42</i>
<i>b) Un établissement public sera créé pour sécuriser et renforcer le dispositif de prévention des risques sanitaires exceptionnels</i>	<i>42</i>
3. Pour améliorer la qualité des pratiques et les conditions d'exercice des professionnels de santé	43

III.- DES EFFORTS IMPORTANTS SONT DÉPLOYÉS POUR PERMETTRE LA POURSUITE DE LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	45
A. LA MONTÉE EN CHARGE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ SE POURSUIT	45
1. En 2006 : augmentation de la part tarifaire, extension à l'hospitalisation à domicile, régulation infra-annuelle des tarifs et généralisation des contrôles	45
2. En 2007 : extension à la chirurgie ambulatoire et augmentation à 50 % de la part tarifée	48
B. L'ONDAM POUR 2007 DOIT PERMETTRE DE CONCILIER LA NÉCESSAIRE RÉGULATION DES DÉPENSES ET LA POURSUITE DE LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	49
1. Les dépenses hospitalières ont enregistré des dépassements significatifs depuis 2005	49
2. Près de deux milliards d'euros supplémentaires sont consacrés aux établissements de santé en 2007.....	51
3. L'effort d'investissement hospitalier sera soutenu	52
4. Le régime d'autorisation d'exercice sera adapté pour certains praticiens hospitaliers à diplôme hors Union européenne (PADHUE)	53
IV.- LES DÉPENSES DE PRESTATIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES.....	57
1. Les dépenses relevant de la compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	57
a) <i>L'action en faveur des personnes âgées</i>	66
b) <i>L'action en faveur des personnes handicapées</i>	68
2. Les dépenses de l'ONDAM hors champ de la CNSA.....	68
V.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES.....	69
A. LE RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS	69
1. Les accidents du travail et les maladies professionnelles connaissent des évolutions divergentes	69
a) <i>Des accidents du travail moins nombreux mais plus graves</i>	69
b) <i>Les accidents de trajet demeurent la principale cause des accidents du travail mortels</i>	70
c) <i>Des maladies professionnelles reconnues en forte augmentation</i>	71
2. L'amélioration de la prévention requiert une mobilisation de tous les acteurs	72
a) <i>L'assurance maladie définit et met en œuvre les mesures de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	72
b) <i>Le gouvernement met en œuvre son plan « Santé au travail »</i>	73

<i>c) La poursuite des actions de prévention dans le cadre des conventions nationales d'objectifs</i>	75
B. LE DÉFICIT DE LA BRANCHE S'EXPLIQUE PAR LA MONTÉE EN CHARGE DES FONDS LIÉS À L'AMIANTE	76
1. Le déficit de la branche accidents du travail et maladies professionnelles devrait se réduire en 2006	76
2. Les fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante contribuent pour une part importante au déficit de la branche.....	77
C. LA RÉFORME DE LA GOUVERNANCE DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES	79
1. L'évolution souhaitable des fonds amiante.....	79
2. La réforme de la gouvernance de la branche.....	80
ANALYSE DES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE ET AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL	83
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2006	83
Section 1 : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale	83
<i>Article 4</i> : Rectification du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).....	83
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses	87
<i>Article 8</i> : Rectification pour 2006 du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).....	87
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2007	88
Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	88
<i>Article 32</i> : Définition par voie réglementaire des règles applicables en matière d'heures de sorties pour les assurés en arrêt de travail	88
<i>Article 33</i> : Relèvement du plafond annuel de ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	90
<i>Article 34</i> : Possibilité pour les infirmiers de prescrire certains dispositifs médicaux	94
<i>Article 35</i> : Encadrement du prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) – Conditions dérogatoires de prise en charge pour certains médicaments, produits ou prestations	97
<i>Article 36</i> : Conditions d'autorisation de mise sur le marché et de fixation du prix de certains médicaments autorisés dans un autre État membre et non en France.....	102
<i>Article 37</i> : Conditions de prise en charge des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, abusif ou de mésusage	106
<i>Article 38</i> : Renforcement de l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux auprès du grand public	109
<i>Article 39</i> : Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité.....	113

<i>Article 40</i> : Possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés	119
<i>Article 41</i> : Conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne	121
<i>Article 42</i> : Répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée	128
<i>Article 43</i> : Création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux	132
<i>Article 44</i> : Amortissement des investissements immobiliers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	136
<i>Article 45</i> : Conventions entre les pharmaciens d'officine et les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur – Forfaits soins de ces EHPAD – Accès du médecin coordonnateur des EHPAD au dossier médical personnel des résidents	140
<i>Article 46</i> : Gestion des crédits de promotion des actions innovantes et de renforcement de la professionnalisation par la CNSA	147
<i>Article 47</i> : Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans	150
<i>Article 48</i> : Création de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	152
<i>Article 49</i> : Missions et montant de la dotation du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	155
<i>Article 50</i> : Fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et prolongation de sa participation à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP)	164
<i>Article 51</i> : Création d'un Fonds de prévention des risques sanitaires	166
<i>Article 52</i> : Objectif de dépenses de la branche maladie pour 2007	170
<i>Article 53</i> : Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	174
Section 3 : Dispositions relatives aux dépenses d'accident du travail et maladies professionnelles	178
<i>Article 60</i> : Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	178
<i>Article 61</i> : Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	183
<i>Article 62</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2007	186
ANNEXES	189
ANNEXE 1 : Liste des personnes auditionnées	189
ANNEXE 2 : Conclusions de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées	191

INTRODUCTION

L'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale constitue chaque année un temps fort des travaux du Parlement et du contrôle démocratique de la dépense sociale. S'il est vrai que tant leur complexité que leur volume peuvent, de prime abord, en dérouter plus d'un, il faut pourtant garder à l'esprit que ces textes concernent la vie quotidienne des Français, parce qu'ils recouvrent des enjeux sociaux et économiques de premier plan.

C'est tout particulièrement le cas de l'assurance maladie, dont la réforme constitue bien « *l'une des composantes du combat pour la défense de notre pacte social ; un combat d'aujourd'hui, un combat d'avenir* », comme l'a souligné le Président de la République lors de son intervention au congrès de la Mutualité française du 8 juin 2006.

Se situant dans la continuité de la réforme engagée par le gouvernement à l'été 2004 et des efforts importants déployés depuis lors par l'ensemble des acteurs concernés, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 marque un progrès incontestable dans le redressement des comptes de la branche.

S'il est vrai que l'on ne fait pas de politique autrement que sur des réalités, comme aimait à le rappeler le général de Gaulle, alors, quelque jugement que l'on porte sur la réforme, il faut bien constater avec honnêteté que ses résultats sont aujourd'hui tangibles. En effet, alors qu'en 2004 les prévisions les plus sombres laissaient craindre que le déficit ne dépasse les 16 milliards à la fin de l'année 2006, celui-ci devrait être divisé par quatre pour atteindre 3,9 milliards d'euros d'ici l'année prochaine.

Compte tenu de l'ampleur du déficit de l'ensemble des branches de la sécurité sociale, l'heure n'est bien sûr pas au triomphalisme béat, car la partie n'est pas encore gagnée. Ces résultats n'en sont pas moins encourageants et sont là pour prouver l'efficacité des principes phares de la réforme, que sont la maîtrise médicalisée des dépenses et le changement des comportements, non seulement pour inscrire le redressement des comptes de la branche maladie dans la durée mais aussi, et surtout, pour améliorer la qualité du système de soins.

Un regret cependant.

Alors que la dépense sociale représente près de 400 milliards d'euros en 2006 pour les seuls régimes obligatoires de base, soit davantage que les dépenses de l'État, le délai dont disposent les parlementaires pour examiner ce projet de loi, qui comporte 71 articles et quelques 850 pages d'annexe, peut apparaître particulièrement serré, compte tenu de son inscription à l'ordre du jour du Conseil des ministres moins d'une semaine avant son examen par la commission.

Il est vrai, toutefois, que les rapporteurs ont cette année eu communication d'un avant-projet de loi dès le lendemain de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier. La réflexion n'en doit pas moins être poursuivie sur les moyens d'améliorer encore le contrôle parlementaire des finances sociales, après l'avancée majeure qu'a constituée l'adoption de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

I.- LA DYNAMIQUE DE REDRESSEMENT DES COMPTES DE L'ASSURANCE MALADIE DOIT ÊTRE POURSUIVIE ET AMPLIFIÉE EN 2007

Deux ans après la mise en œuvre de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'année 2006 a consacré une nouvelle étape dans le redressement des comptes de la branche, grâce aux efforts importants déployés par l'ensemble des acteurs concernés. Pour permettre son retour à l'équilibre à l'horizon 2009, le cap n'en doit pas moins être fermement tenu, avec toute la vigilance, la détermination et sans doute aussi la pédagogie qui s'imposeront pour permettre à l'un des fondements majeurs de notre pacte social d'être à la fois préservé et renforcé, car c'est bien là l'enjeu du présent projet de loi.

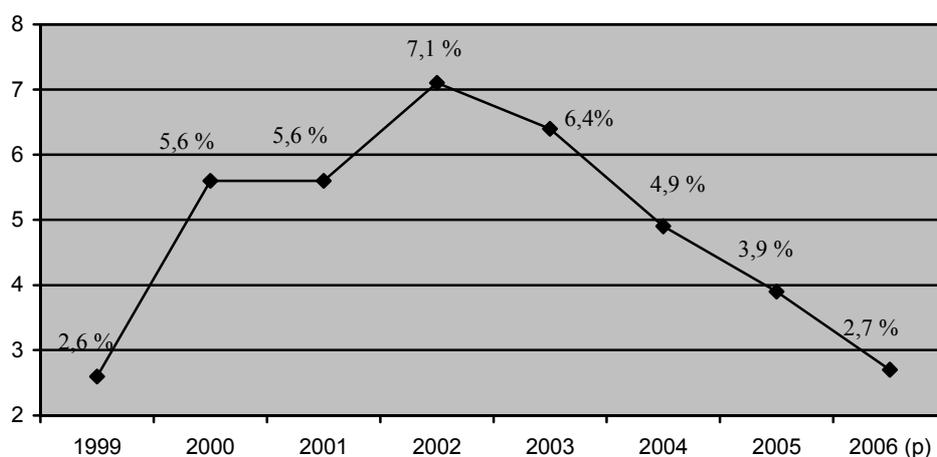
A. CONVALESCENTE, LA BRANCHE MALADIE EST EN VOIE DE GUÉRISON

1. Malgré l'ampleur du déficit, l'évolution des dépenses marque un progrès encourageant

a) La décélération des dépenses remboursées de soins se poursuit

Si les dépenses de la branche maladie ont représenté près de 150 milliards d'euros en 2005, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, la croissance des remboursements n'en continue pas moins de fléchir, à un rythme de l'ordre d'un point par an depuis 2002, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Évolution des dépenses dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) depuis 1998



Source : graphique réalisé d'après les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2005 et 2006

Comme le note le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans son rapport annuel de juillet 2006, il est toutefois important de souligner que cette

évolution résulte essentiellement de la croissance modérée des dépenses de soins et non d'une diminution du taux de prise en charge par les régimes de base, du fait notamment de l'augmentation des dépenses exonérées de ticket modérateur, en particulier pour les assurés atteints d'une affection de longue durée (ALD).

L'évolution de la structure de financement des soins et biens médicaux

(en pourcentage)

	2000	2003	2004	2005
Sécurité sociale	77,1	77,4	77,3	77,1
État et collectivités locales	1,2	1,4	1,3	1,3
Mutuelles	7,7	7,2	7,3	7,3
Sociétés d'assurances	2,7	2,9	3,1	3,1
Institutions de prévoyance	2,4	2,6	2,6	2,5
Ménages	9,0	8,5	8,5	8,7

Source : « Comptes nationaux de la santé 2005 », direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (juillet 2006)

Le reste à charge pour les ménages n'a ainsi augmenté que de façon très modérée depuis ces deux dernières années.

b) La réduction structurelle du déficit est désormais engagée

Depuis la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie en 2004, l'effort accru de maîtrise des dépenses a permis à la branche de se rapprocher progressivement de l'équilibre. Pour le régime général, le déficit devrait ainsi être ramené à 6 milliards d'euros en 2006, soit une diminution de près de moitié en seulement deux ans, puisqu'il s'élevait à 11,6 milliards d'euros en 2004. Il convient par ailleurs de souligner que ce déficit correspond à un taux de couverture des dépenses par les recettes de 95,8 %, soit un niveau plus dégradé en proportion que celui des autres branches de la sécurité sociale, mais en amélioration de deux points par rapport à 2005.

La réduction du déficit du régime général de la branche maladie depuis 2002

(en milliards d'euros)

	2004	2005	2006 (p)
Dépenses	126,2	129,0	142,7
Recettes	114,6	121,0	136,7
Solde	-11,6	-8,0	-6,0
Recettes/dépenses	90,8 %	93,8 %	95,8 %

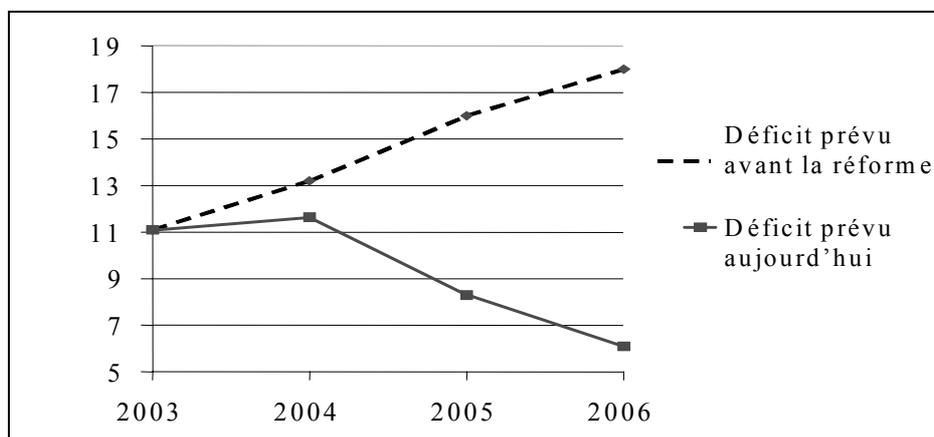
Source : projet de programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au projet de loi

Si la réduction du déficit apparaît significative au regard des années antérieures, témoignant ainsi de la profondeur des changements intervenus depuis

lors, elle l'est bien plus encore si on la compare avec les prévisions qui étaient faites en 2004, alors que l'évolution spontanée des dépenses, supérieure de 2,5 points à la croissance du produit intérieur brut (PIB), engendrait un accroissement du déficit de l'ordre de trois milliards d'euros chaque année.

L'évolution du déficit du régime général par rapport au trend de 2004

(en milliards d'euros)



Source : ministère de la santé et des solidarités

2. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement est redevenu crédible

a) L'ONDAM a été quasiment respecté en 2005

Alors que l'écart entre l'objectif national de dépenses voté par le Parlement et celles effectivement réalisées atteignait encore près de quatre points en 2002, l'ONDAM a pour la première fois été quasiment respecté en 2005, le dépassement s'élevant à environ 180 millions d'euros, soit moins de 0,13 % de l'objectif initialement prévu.

La réduction de l'écart entre l'ONDAM voté et réalisé depuis 2000

(en milliards d'euros courants)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ONDAM initial voté	100,4	105,7	112,8	123,5	129,7	134,9	140,7
Dépenses réalisées	103,0	108,8	116,7	124,1	130,2	135,1*	141,3*
Dépassement de l'objectif (en montant)	2,6	3,1	3,9	0,6	0,5	0,2*	0,7*
Dépassement de l'objectif, (en %)	2,6%	2,9%	3,5%	0,8%	0,5%	0,1%*	0,5%*

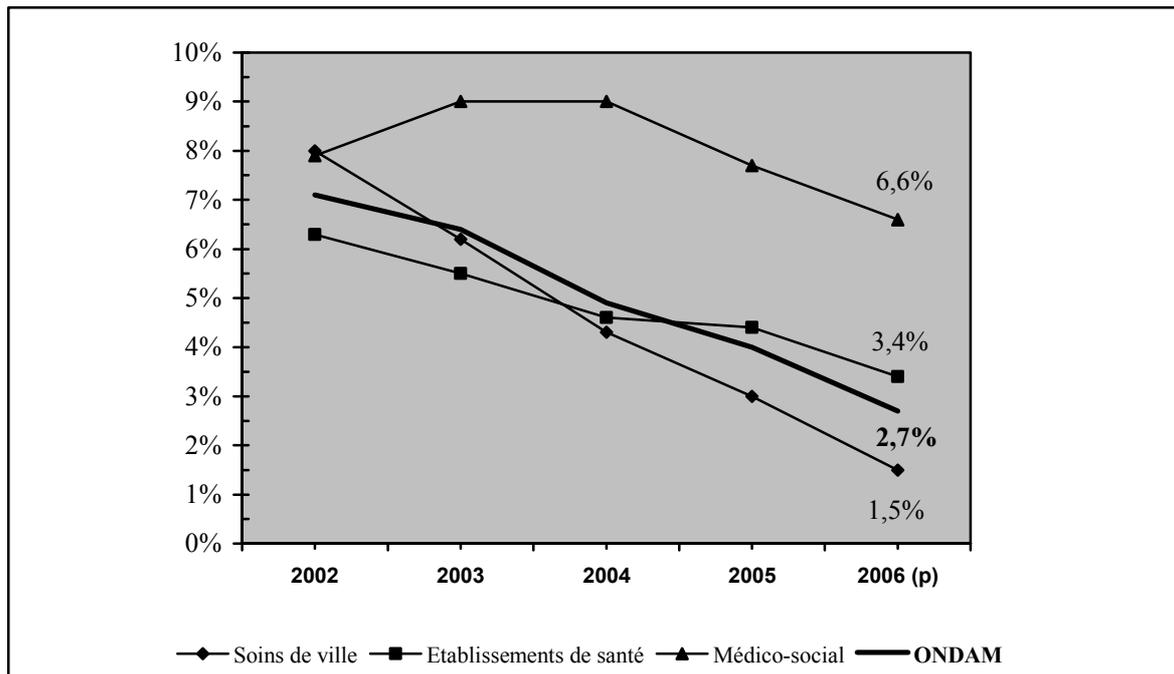
Source : direction de la sécurité sociale (DSS) / Commission des comptes de la sécurité sociale (projet de programme de qualité et d'efficience annexé au projet de loi) – * données provisoires

b) Le dépassement prévisionnel de l'objectif pour 2006 a été contenu

Très attentif au rythme de progression des dépenses, dont il est apparu qu'il risquerait d'entraîner un dépassement significatif des objectifs fixés pour 2006, le gouvernement a annoncé, en septembre dernier, la mise en œuvre d'un ensemble de mesures, détaillées dans l'encadré ci-dessous, qui représentent au total près de 350 millions d'euros d'économies. Ces mesures portent notamment sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), dont l'intégralité des crédits n'a pas été consommée cette année. C'est pourquoi l'article 4 du projet de loi propose de rectifier le montant de sa dotation pour 2006 à hauteur de 50 millions d'euros.

Ainsi, selon les dernières estimations de la Commission des comptes de la sécurité sociale, qui intègrent l'impact de ce plan, les dépenses d'assurance maladie devraient finalement représenter 141,3 milliards d'euros, soit environ 700 millions de plus que l'ONDAM voté pour 2006. Leur croissance, estimée à 2,7 %, n'en marque pas moins un ralentissement sensible, qui recouvre des évolutions contrastées, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Décomposition de l'évolution des dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) depuis 2002



Source : graphique réalisé d'après les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin et septembre 2006

L'infléchissement des dépenses de soins de ville serait ainsi très marqué (+ 1,5 % contre 3 % en 2005), bien qu'elles se situent à un niveau supérieur à l'objectif fixé pour 2006 (650 millions d'euros), du fait principalement de l'insuffisance des économies sur le poste des médicaments.

**Détail des mesures d'économies annoncées par le ministre de la santé et des solidarités
le 5 septembre 2006**

1. La limitation des marges de rétrocession : la marge versée aux établissements pour leurs activités de rétrocession de médicaments était jusqu'à présent proportionnelle au coût des médicaments, avec un coefficient de 15 %. Le dynamisme de la rétrocession au cours des dernières années, avec en particulier l'arrivée de produits nouveaux et chers a entraîné une hausse considérable de cette marge, peu en rapport avec l'évolution des charges de mise à disposition des pharmacies hospitalières. Il est donc prévu de ramener la marge à un niveau fixe de 28 € par ligne, inférieur au montant actuel et ne permettant plus à l'avenir aux établissements de profiter excessivement de « l'effet de structure ». Le rendement de la mesure est estimé à 15 millions d'euros pour 2006.

2. Préparations magistrales : les préparations magistrales sont remboursées sur une base de traitement obsolète et le plus souvent sans aucun contrôle. Un décret et un arrêté sont prévus pour limiter le champ des préparations magistrales prises en charge, en particulier pour éviter tout contournement du déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant et exclure plus précisément les préparations à visée cosmétique. Les mesures prises doivent par ailleurs simplifier le contrôle de ce qui est effectivement pris en charge. La mesure doit représenter un rendement de l'ordre de 10 millions d'euros sur l'année 2006.

3. Baisses de prix ciblées : la lettre d'orientation du Comité économique des produits de santé (CEPS) prévoit de nouvelles mesures de baisses de prix de médicaments sous brevets. Il s'agit en particulier de lutter contre les contournements du développement des génériques en organisant la convergence des prix par étape au sein des classes pharmaceutiques les plus importantes. Ces baisses de prix représenteraient 20 millions d'euros d'économies en 2006.

4. Contribution exceptionnelle sur la distribution de gros de médicaments : cette contribution assise sur la vente en gros de produits pharmaceutiques en 2006, de l'ordre de 50 millions d'euros, vise à limiter l'impact financier sur l'assurance maladie du dépassement prévisionnel de l'ONDAM sur le poste médicaments. Elle rapporterait environ 50 millions d'euros.

5. Enfin, une économie porte sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) à hauteur de 50 millions d'euros.

6. Concernant les dotations hospitalières conservées en réserve de précaution sur recommandation du Conseil de l'hospitalisation en juillet, le ministre a décidé que 115 millions d'euros ne seront pas délégués et que le montant définitif des délégations ne sera arrêté qu'au vu des résultats complets du premier semestre 2006.

7. Une baisse des tarifs des établissements de santé privés à hauteur de 60 millions d'euros sur les trois derniers mois de l'année 2006. Cette mesure intervient en application des dispositions des articles L. 162-22-3, L. 162-22-10 et R. 162-42-2 du code de la sécurité sociale qui donnent compétence aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour prendre les mesures nécessaires en cas de risque de non respect des objectifs de dépenses OQN et ODMCO.

8. Un gel de crédits sur la dotation nationale de financement des réseaux à hauteur de 30 millions d'euros.

Source : rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006

Après avoir enregistré une augmentation importante en 2005 (+ 4,4 % et un écart à l'objectif initial de plus de 790 millions d'euros), les dépenses des établissements de santé présentent pour 2006 un risque de dépassement évalué à environ 120 millions d'euros, cette estimation prenant notamment en compte la baisse des tarifs des cliniques privées annoncée en septembre dernier.

Il convient enfin de rappeler que les sous-objectifs relatifs au secteur médico-social sont devenus une dotation de l'assurance maladie destinée à financer l'objectif global des dépenses, qui est géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Dans la mesure où toute dépense supplémentaire pèse *in fine* sur celle-ci, ce secteur ne peut donc faire l'objet d'une sous-consommation ou d'un dépassement dans le cadre de l'ONDAM.

B. UNE LOGIQUE DE PERFORMANCE ET UNE GOUVERNANCE REFONDÉE ONT PERMIS UN PILOTAGE PLUS SERRÉ DES DÉPENSES

L'efficacité du pilotage des politiques publiques de sécurité sociale a été substantiellement renforcée depuis la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie et de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Comme en ont convenu plusieurs personnes auditionnées par le rapporteur, la responsabilisation accrue de l'ensemble des acteurs concernés, comme la clarification du rôle de chacun ainsi que la définition et le suivi régulier d'objectifs mieux définis ont marqué des progrès réels en termes de gouvernance, mais aussi de transparence de la gestion publique. Plusieurs évolutions intervenues cette année ont permis d'inscrire dans la durée ce qui constitue aujourd'hui un véritable changement de paradigme.

1. La branche maladie s'inscrit désormais dans une démarche « objectifs-résultats »

a) Le comité d'alerte a joué efficacement son rôle de vigie

Afin de renforcer le caractère contraignant de l'ONDAM, la loi du 13 août 2004 a instauré un comité d'alerte, chargé de rendre un avis annuel sur le respect de cet objectif pour l'exercice en cours et chaque fois qu'il le juge nécessaire. En particulier, s'il estime qu'il existe un risque sérieux que les dépenses dépassent l'ONDAM voté par le Parlement, avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret à 0,75 %, le comité est tenu de le notifier au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie, à qui il incombe de proposer des mesures de redressement.

En d'autres termes, comme l'a résumé non sans humour le rapporteur de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi relatif à l'assurance maladie, M. Alain Vasselle, le comité d'alerte n'est « *pas un chien de garde posté pour mordre les mollets des responsables des dépassements, mais une vigie chargée de veiller au grain pour éviter les dérapages que nous avons connus ces dernières années* » !

Au cours de sa deuxième année de fonctionnement, le comité a de nouveau fait la preuve de son utilité, en mettant en garde les pouvoirs publics, contre un risque possible de dérapage des dépenses, dans son avis rendu le

31 mai 2006. Sans enclencher la procédure d'alerte, le comité a ainsi souligné la nécessité d'une inflexion supplémentaire en matière de dépenses, en estimant que « *la consommation de soins de ville pourrait, en l'absence de mesures correctrices, excéder d'environ 600 millions le montant prévu dans l'objectif national* », ce qui s'est vérifié par la suite, en raison notamment des retards dans la mise en œuvre de certaines mesures dans le domaine du médicament. L'importance d'une grande vigilance dans le suivi des établissements de santé a également été mise en exergue, le comité d'alerte ayant à cet égard rappelé que les pouvoirs publics disposent d'instruments de pilotage pour éviter tout risque de dépassement de l'objectif.

En réalité, au-delà de ses avis, le rôle majeur du comité d'alerte se mesure surtout, d'une certaine manière, à ceux qu'il ne rend pas, c'est-à-dire, à l'ensemble des actions mises en œuvres par les pouvoirs publics afin d'éviter qu'il n'enclenche une procédure d'alerte. C'est en effet dans cette perspective qu'un comité de suivi de la réforme de l'assurance maladie et de pilotage de l'ONDAM ⁽¹⁾ a été mis en place, au printemps dernier, à l'initiative du ministre de la santé et des solidarités. À l'issue de sa dernière réunion, en date du 5 septembre 2006, au cours de laquelle l'existence d'un risque de dérapage des dépenses a été constaté, le gouvernement a ainsi pu prendre rapidement des mesures correctrices, en annonçant la mise en œuvre d'un plan destiné à réaliser près de 350 millions d'euros d'économies supplémentaires.

b) Novation du projet de loi, les programmes de qualité et d'efficience consacrent l'introduction d'une logique de performance

En prévoyant notamment le vote du Parlement sur les différentes composantes de ONDAM, l'institution d'un véritable débat sur l'équilibre de chacune des branches ainsi que le cadrage financier pluriannuel de leurs recettes et de leurs dépenses, la loi organique du 2 août 2005 a significativement renforcé la portée, la lisibilité et la transparence des lois de financement de la sécurité sociale.

Quelques années après la mise en place des conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'assurance maladie (*cf. infra*), le présent projet de loi constitue en quelque sorte l'aboutissement de la démarche « objectifs-résultats-performance » introduite en matière de finances sociales, avec la présentation cette année, en annexe, de projets de programmes de qualité et d'efficience (PQE), définis par le gouvernement après concertation avec les commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat.

S'inspirant des projets annuels de performance, présentés en lois de finances, le projet de PQE pour la branche maladie comporte ainsi :

(1) Ce comité de suivi réunit les directeurs de la sécurité sociale (DSS), de la santé (DGS) et de l'organisation de l'hospitalisation et des soins (DHOS) ainsi que le président du Comité économique des produits de santé (CEPS) et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

– un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population (concernant par exemple l'évolution de la mortalité prématurée, des affections de longue durée ou encore du nombre de lits d'hospitalisation pour 100 000 habitants) ;

– des objectifs (au nombre de cinq : « *assurer un égal accès aux soins* », « *développer la prévention* », « *améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins* », « *renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses* » et « *garantir la viabilité financière de la branche maladie* »), assortis d'indicateurs, dont le choix est justifié ;

– la présentation des moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours.

S'il ne s'agit encore que de projets, la qualité de leur rédaction ainsi que la pertinence et le caractère très précis des indicateurs de résultats, qui ont été retenus, méritent d'ores et déjà d'être soulignés. Au cours des prochaines années, il est incontestable que cette nouvelle annexe permettra de moderniser la gestion publique, par une responsabilisation accrue de l'ensemble des acteurs concernés, y compris le Parlement.

c) Le Parlement est devenu un acteur majeur en matière d'évaluation et de contrôle des dépenses sociales

Depuis sa création au sein de l'Assemblée nationale, comme le prévoyait la loi précitée du 13 août 2004, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) s'est investie pleinement dans le suivi de l'exécution des lois de financement.

Avec l'assistance de la Cour des comptes, des questions aussi essentielles, en termes de maîtrise des dépenses mais aussi de qualité du système de santé, que l'organisation et le coût de gestion des branches, le plan biotox, la tarification à l'activité ou encore le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées⁽¹⁾, ont ainsi fait l'objet d'une évaluation parlementaire approfondie, assortie de propositions concrètes. Comme le prévoit le code de la sécurité sociale, les préconisations de la MECSS ont par ailleurs été notifiées au gouvernement ainsi qu'aux caisses et organismes nationaux du régime général de sécurité sociale, qui sont tenus d'y répondre dans un délai de deux mois. Dans le même sens, les travaux de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) ont utilement permis d'irriguer la réflexion concernant l'organisation actuelle du système de soins, s'agissant tout particulièrement des

(1) *Rapports n° 2680 de M. Jean-Pierre Door sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale (novembre 2005), n° 3091 de Mme Paulette Guinchard sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées (mai 2006), n° 3265 de M. Jean-Marie Rolland sur la tarification à l'activité (juillet 2006) et communication de M. Jacques Domergue sur le plan Biotox (novembre 2005).*

conditions de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou encore du bon usage des médicaments psychotropes ⁽¹⁾.

En définitive, parce qu'ils sont mieux définis, plus clairs et transparents, les différents objectifs de la branche maladie votés par le Parlement autorisent désormais une évaluation approfondie et régulière, qui est également de nature à permettre aux organismes d'assurance maladie de contribuer plus efficacement à leur respect.

2. Les organismes d'assurance maladie peuvent jouer plus activement leur rôle de gestionnaire : le « payeur aveugle » est devenu « acheteur de soins avisé »

a) La nouvelle convention d'objectifs et de gestion pour 2006-2009 place la gestion du risque au cœur de l'assurance maladie

Dans le prolongement de la réforme d'août 2004, qui a fait le choix de renforcer la délégation de gestion confiée à l'assurance maladie, la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG), conclue le 7 août 2006 entre l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), fixe les objectifs de la branche maladie du régime général pour les années 2006 à 2009 et consacre une nouvelle étape de modernisation de ce service public.

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG)

Instituées par l'ordonnance n° 344 du 24 avril 1996, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) sont conclues entre l'État et les caisses nationales des principaux régimes de sécurité sociale. Identiques dans leurs principes généraux, les COG diffèrent selon chaque branche ou régime en fonction des axes stratégiques qui lui sont propres. Elles constituent un des leviers de modernisation et d'amélioration de la performance de la sécurité sociale. Elles formalisent dans un document contractuel la délégation de gestion du service public de la sécurité sociale aux organismes gestionnaires.

Ces conventions sont signées pour une durée de quatre ans par le président et le directeur de la caisse concernée ainsi que par les ministres de tutelle. Elles sont ensuite déclinées en contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre la caisse nationale et les caisses locales.

Source : ministère de la santé et des solidarités

Visant à renforcer la performance globale de la branche, cette convention l'engage résolument dans la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie, dont elle constitue l'objectif majeur, décliné dans les trois axes qui la structurent. Elle place tout d'abord la gestion du risque au cœur de l'action de la CNAMTS afin de permettre une meilleure régulation des dépenses de santé. Concrètement, la convention prévoit par exemple que les effectifs consacrés à la maîtrise médicalisée et au contrôle augmenteront fortement d'ici 2009 (+ 10,9 %), dont 600 délégués d'assurance maladie supplémentaires, chargés de l'information des

(1) Rapports n° 2454 et n°3187 de Mme Cécile Gallez sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (juillet 2005) et de Mme Maryvonne Briot sur le bon usage des médicaments psychotropes (juin 2006).

professionnels de santé. Les actions menées en matière de prévention⁽¹⁾ et d'information des assurés, de contrôle du périmètre de prise en charge ou encore de lutte contre la fraude marquent également l'engagement de l'assurance maladie dans une démarche proactive de gestion du risque, seule à même d'agir d'infléchir durablement les comportements.

Dans le cadre de cette COG, l'assurance maladie s'engage, d'autre part, sur une offre de service modernisée, diversifiée et homogène sur l'ensemble du territoire ainsi que sur la poursuite des efforts de productivité de la branche (+3,5 % par an), à travers notamment la mutualisation des fonctions entre caisses et la poursuite de l'informatisation. Dans le prolongement des recommandations de la MECSS, cet effort doit permettre la maîtrise des budgets de gestion sur la période.

b) Les caisses d'assurance maladie ont présenté des propositions détaillées pour poursuivre la maîtrise des dépenses en 2007

Afin de renforcer la responsabilisation de l'assurance maladie en l'associant davantage à la détermination des objectifs financiers, il est désormais prévu que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) présente chaque année, au plus tard le 15 juin, les propositions des caisses concernant l'évolution de leurs charges et produits ainsi que les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel.

À cet égard, le rapporteur se félicite que cette année, les trois régimes réunis au sein de l'UNCAM – la CNAMTS, la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) – aient souligné « *la réussite des actions engagées (plan médicament, maîtrise médicalisée) et insistent sur la nécessité de les poursuivre et de les conforter en 2007* ». Un certain nombre de propositions circonstanciées ont également été avancées afin de poursuivre le redressement de la branche maladie, en particulier l'amplification des actions de maîtrise de médicalisée, de contrôle des indemnités journalières et de l'ordonnancier bizona, de lutte contre la fraude ainsi qu'en matière de contrôle de la facturation des établissements de santé.

S'agissant de l'ONDAM, la CNAMTS a préconisé de fixer son augmentation à 2,4 % pour 2007, ce taux étant très proche de celui proposé par le présent projet de loi, sa ventilation différant toutefois sensiblement.

(1) À titre d'exemple, la classification commune des actes médicaux (CCAM) prévoit désormais la prise en charge par l'assurance maladie d'actes d'ostéodensitométrie et de dermatoscopie, dans le cadre de la détection de l'ostéoporose et des mélanomes malins.

**Propositions de la CNAMTS pour l'évolution
et la ventilation de l'ONDAM pour 2007**

Soins de ville	1 %
Établissements de santé	3 %
Médico-social	6,7 %
Total	2,4 %

Source : rapport de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) au Parlement et au ministre chargé de la sécurité sociale (juin 2006)

**c) Les organismes complémentaires sont mieux associés à la
définition des orientations et à la gestion du système de soins**

Les travaux préparatoires à la réforme de l'assurance maladie ont mis en évidence la nécessité de renforcer la coordination entre les actions engagées par les régimes obligatoires de base et complémentaires, afin d'améliorer la gestion du système de soins, dont les assureurs complémentaires assurent une partie du financement, et permettre une meilleure couverture des usagers. Cette volonté s'est traduite par différentes mesures destinées à mieux associer les complémentaires à la politique de gestion du risque développée par l'assurance maladie, en particulier la création de nouveaux contrats dits « responsables » pour inciter les assurés à suivre un parcours de soins vertueux ainsi que la création de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire (UNOCAM).

Un peu plus d'un an après son installation effective, le bilan de l'UNOCAM s'avère très largement positif, concernant tout d'abord sa faculté à dégager une convergence de vues sur un certain nombre de dossiers, ce qui était loin d'être acquis compte tenu de la diversité des acteurs représentés en son sein (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance).

Les avis rendus par l'UNOCAM en 2006

– Avis du 18 janvier 2006 sur le projet de décret relatif à la participation de l'assuré de 18 euros.

– Avis du 26 avril 2006 sur : le projet d'arrêté fixant la liste des prestations de prévention pour la prise en charge de deux de ces prestations dans les contrats responsables ; les diminutions de cotations d'actes de biologie ; certaines dispositions relatives aux avenants n° 10 et 12 à la convention médicale du 10 janvier 2005 ; les projets de décision de l'UNCAM revalorisant certains actes dentaires et de kinésithérapie.

– Avis du 28 juin 2006 sur : diverses modifications concernant les conditions d'inscription à la liste des actes et prestations remboursables ; diverses modifications de cotations d'actes médicaux de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ; l'inscription à la liste des actes et prestations remboursables de deux actes d'ostéodensitométrie et de dix-sept actes dentaires intervenant dans le traitement des enfants présentant des agésésiques dentaires multiples.

Source : Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire (UNOCAM)

Les différents avis émis par l'UNOCAM depuis 2005, de même que sa représentation au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS), du groupement d'intérêt public de préfiguration du dossier médical personnel (GIP-DMP) ou encore de la Conférence nationale de santé attestent ainsi de l'existence d'un dialogue plus régulier avec les caisses d'assurance maladie, mais aussi de la participation croissante des complémentaires à l'optimisation du système de soins. Lors de son audition, le président de l'UNOCAM, M. Jean-Michel Laxalt, a toutefois estimé que des progrès restent à accomplir s'agissant de la consultation de l'union sur les conventions conclues avec les professionnels de santé (par exemple pour les actes dentaires) ou encore de l'accès aux informations sur la nature des dépenses, ce à quoi répondra pour partie la mise en place prochaine de l'Institut des données de santé.

Le rapporteur se félicite enfin que, pour la première fois cette année, en application des dispositions introduites par la précédente loi de financement de la sécurité sociale, l'UNOCAM ait rendu un avis motivé sur le présent projet de loi, le 4 octobre 2006, dans lequel est notamment soulignée sa volonté de « *suivre avec vigilance l'exécution de l'ONDAM* ».

C. LE PROJET DE LOI S'INSCRIT DANS LA CONTINUITÉ DU PLAN DE RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE ENGAGÉ DEPUIS 2004

1. L'objectif : un retour de la branche à l'équilibre à l'horizon 2009

Depuis l'entrée en vigueur de la loi organique du 2 août 2005, les projets de loi de financement de la sécurité sociale comportent un cadrage financier pluriannuel, sous la forme d'un rapport annexé sur les prévisions de recettes et les objectifs de dépense par branche des régimes obligatoires de base ainsi que la progression de l'ONDAM pour les quatre années à venir.

Dans la continuité des efforts mis en œuvre depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance maladie, le projet de loi assigne un nouvel objectif ambitieux de réduction du déficit de la branche maladie du régime général à 3,9 milliards d'euros d'ici la fin de l'année 2007.

Prévisions de recettes et de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la branche maladie sur la période 2007-2010

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes	159,3	166,0	171,6 / 172,4	178,4 / 180,1	185,5 / 188,2
Dépenses	165,2	169,9	174,1 / 174,0	178,7 / 178,8	183,3 / 184,4
Solde	- 5,9	- 4,0	- 2,5 / -1,7	- 0,2 / 1,3	2,2 / 3,8

Source : annexe B du projet de loi (scénarios économiques haut et bas)

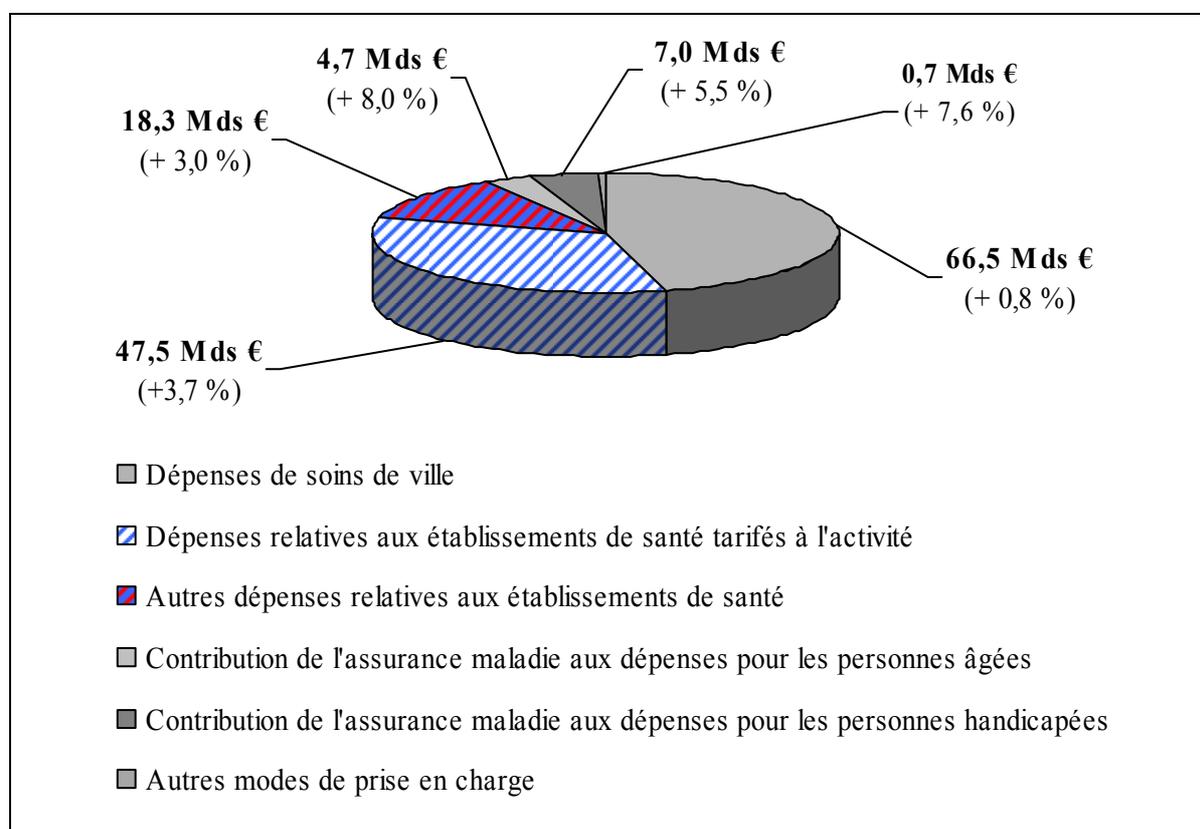
Pour les années suivantes, les projections quadriennales sont présentées, en l'absence de toute affectation de ressources supplémentaires, sous deux scénarios économiques, qui reprennent les hypothèses d'évolution du produit intérieur brut (PIB), de la masse salariale et de l'inflation retenues dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2007. Dans ces deux prévisions et en retenant une progression moyenne de l'ONDAM de 2,5 % dans le scénario haut et de 2,2 % dans le scénario bas, le solde global du régime général et de l'ensemble des régimes de base s'améliore régulièrement sur la période 2007 – 2010. Le retour à l'équilibre du régime général serait ainsi atteint en 2009 dans le scénario haut, et en 2010 dans le scénario bas.

2. Le moyen : des objectifs de dépenses qui nécessitent la réalisation d'importantes économies en 2007

Il convient à titre liminaire de rappeler que, comme chaque année, le projet de loi ne fixe pas un taux d'évolution de l'ONDAM et de ses objectifs, mais leurs montants exprimés en milliards d'euros. Cette différence est d'importance, puisque les taux de progression de l'ONDAM et de ses composantes, qui sont présentés lors de la discussion des projets de loi de financement, peuvent être amenés à évoluer en cours d'exercice, à mesure que les dépenses de l'année de base seront mieux connues.

Décomposition de l'ONDAM pour 2007

(en milliards d'euros)



Source : graphique réalisé d'après l'article 53 du projet de loi (s'agissant des montants) et les informations communiquées par le ministère de la santé (s'agissant des taux de progression)

Le projet de loi propose de fixer l'ONDAM à 144,6 milliards d'euros pour 2007, soit une progression de 2,5 % par rapport à 2006, à champ comparable. En particulier, s'agissant de l'ensemble des dépenses hospitalières, le montant des deux sous-objectifs concernés correspond à une augmentation de 3,5 % pour 2007, contre 0,8 % pour les soins de ville.

Pour contenir la croissance des dépenses à 2,5 %, près de 2,8 milliards d'euros d'économies devront être réalisées l'année prochaine, dont 2,4 milliards d'euros pour le régime général (*cf.* le tableau présenté ci-dessous), ces économies correspondant en très large partie aux effets reports d'actions déjà engagées qui produiront pleinement leurs effets en 2007.

Les économies prévues dans le domaine des établissements de santé s'élèvent à plus de 450 millions d'euros et reposent sur la revalorisation du forfait journalier, décidée en 2004, les effets reports de la participation forfaitaire de 18 euros, instituée par la précédente loi de financement, ainsi que sur la poursuite des efforts d'amélioration de la gestion interne prévues dans le plan de redressement. Concernant les soins de ville, le montant des économies s'élève à près de 2,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes, dont 1,4 milliard sur les produits de santé, hors engagements conventionnels de maîtrise médicalisée.

Impact des mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie en 2007

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les soins de ville	1 992	2 371
Produits de santé hors maîtrise médicalisée	1 177	1 401
Hors produits de santé hors maîtrise médicalisée	50	60
Prescriptions hospitalières en ville	84	100
Maîtrise médicalisée	596	710
Lutte contre la fraude à la condition de résidence	84	100
Mesures d'économies sur les établissements de santé	384	457
Revalorisation du forfait journalier	84	100
Mise en œuvre des 18 euros	67	80
Économies du plan assurance maladie	233	277
Total	2 376	2 828

Source : annexe 9 du projet de loi

II.- L'INFLÉCHISSEMENT DES SOINS DE VILLE SIGNE LE SUCCÈS DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES

En management, on sait depuis longtemps qu'un salarié est d'autant plus performant qu'il participe à la définition et à l'évaluation régulière de ses propres objectifs professionnels et qu'il est pleinement responsabilisé, par les moyens qu'on lui donne pour les atteindre. Contrastant singulièrement avec les mesures autoritaires de maîtrise comptable, vouées à l'échec, ce principe s'applique désormais également en matière de dépenses de santé.

Les accords conventionnels ont en effet introduit une dynamique nouvelle, en déclinant les principes de la maîtrise médicalisée sous formes d'objectifs, établis sur la base de référentiels médicaux, qui ont été quantifiés et contractualisés avec les professionnels de santé et régulièrement évalués dans le cadre d'instances paritaires de suivi, y compris au niveau local.

Parallèlement à la poursuite de la mise en œuvre du plan médicament et de la modernisation du système de soins, il est dès lors essentiel que cet axe majeur de la régulation des soins de ville soit soutenu et amplifié en 2007.

A. L'OBJECTIF DE DÉPENSES DOIT ÊTRE CRÉDIBLE ET ÉQUITABLE POUR PERMETTRE LA POURSUITE DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

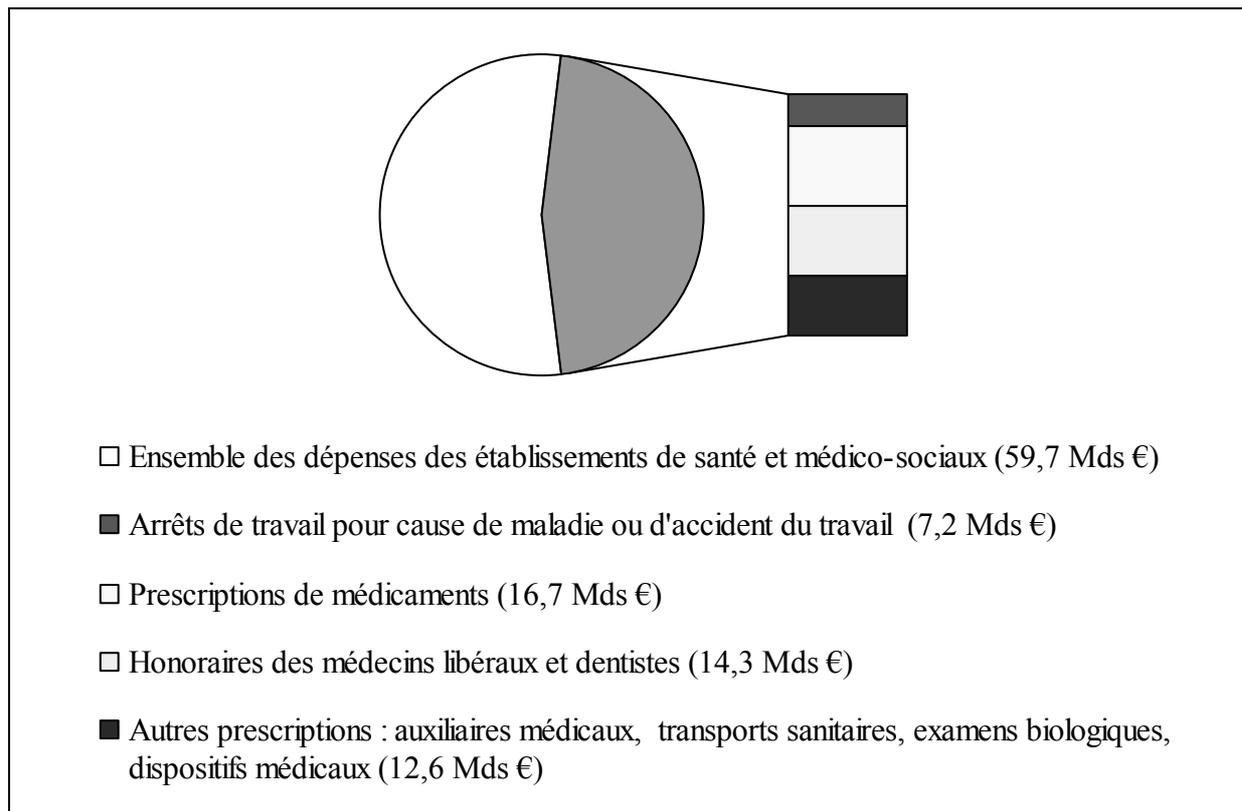
1. Le rééquilibrage des comptes de l'assurance maladie résulte en grande partie de la décélération des soins de ville depuis 2004

Les dépenses de soins de ville sont constituées par les remboursements des honoraires de professionnels de santé libéraux (honoraires privés de médecins et dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses et transporteurs sanitaires) ainsi que les dépenses résultant des prescriptions des professionnels de santé délivrées en ville (comprenant les médicaments, les dispositifs médicaux et les prestations en espèces, telles que les indemnités journalières).

Le périmètre de ce sous-objectif a par ailleurs été élargi par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 aux dépenses de l'assurance maladie au titre des cotisations sociales des professionnels de santé, aux aides à la télétransmission, aux dépenses liées aux exonérations de ticket modérateur des affections de longue durée (ALD) dites 31 et 32 ⁽¹⁾ ainsi qu'à la dotation de l'assurance maladie au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

(1) C'est-à-dire des affections graves, non inscrites sur la liste des trente ALD fixées par décret, comportant notamment un traitement prolongé et une thérapie particulièrement coûteuse.

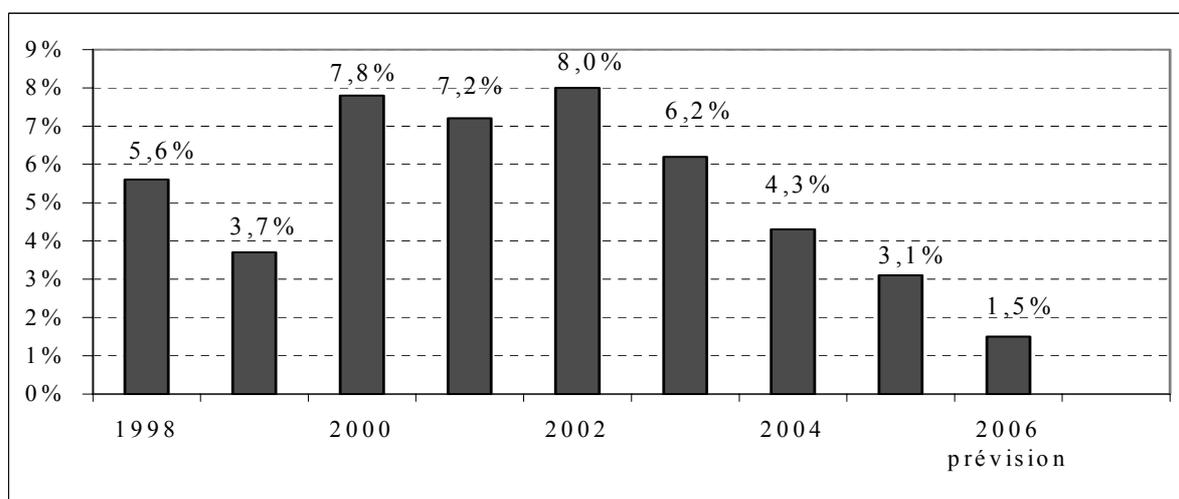
Les principaux postes de dépenses de soins de ville du régime général en 2005



Source : graphique réalisé d'après l'étude « Chiffres et repères 2005 » de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Si les dernières prévisions pour 2006 font apparaître un écart par rapport à l'objectif de l'ordre de 740 millions d'euros, l'infléchissement des dépenses de soins de ville marque toutefois une rupture de tendance profonde, avec une croissance de 1,5 % pour l'ensemble des régimes, ce qui constitue l'évolution la plus faible enregistrée depuis 1997, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Évolution des dépenses de soins de ville relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)



Source : rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2006)

En effet, si le rythme des dépenses de soins de ville était resté sur la tendance constatée sur la période 1998-2003, les dépenses de l'assurance maladie seraient, selon la CNAMTS, supérieures de six milliards d'euros à celles prévues par la commission des comptes à fin de l'année 2006, soit l'équivalent de 0,6 point de cotisation sociale généralisée (CSG).

Cette évolution résulte de la conjonction de plusieurs facteurs, en particulier l'inversion de la tendance à la hausse des indemnités journalières, l'évolution historiquement basse des dépenses de produits de santé ainsi que la diminution des dépenses de biologie médicale (avec une hausse de 3,4 %, très en retrait par rapport à la période 2002-2004). Par ailleurs, la croissance des honoraires a été contenue en 2005 (+ 2,5 %), mais pourrait connaître un rebond en 2006 (+ 4,8 % pour les généralistes et + 2,4 % pour les spécialistes), en raison notamment de la mise en œuvre des mesures de revalorisations tarifaires prévues par l'avenant n°12 à la convention médicale de mars 2006.

2. Les professionnels de santé ont pleinement joué le jeu de la maîtrise médicalisée et respecté leur part du contrat

L'ensemble des mesures mises en œuvre dans le cadre du plan de réforme de l'assurance maladie a permis de générer de substantielles économies en 2005, représentant une réduction de la dépense remboursée de l'ordre de 1,4 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes.

Impact financier des mesures du plan de réforme de l'assurance maladie et de la maîtrise médicalisée en 2005

(en millions d'euros)

Mesures	Régime général	Ensemble des régimes
Participation forfaitaire de 1 €	- 362	- 430
Plan médicament	- 430	- 520
Maîtrise médicalisée	- 625	- 722
Rémunération du médecin traitant (*)	75	91
Permanence des soins		
Généralistes	34	40
Spécialistes	25	30
Revalorisation des tarifs (**)	60	70

(*) Une partie a été financée par redéploiement de dépenses précédemment affectées à la prise en charge du protocole ALD (PIRES) et aux rémunérations des médecins référents, soit au total 39 M€. (**) De même, une partie a été financée par redéploiement de dépenses précédemment affectées à la prise en charge du protocole ALD à hauteur de 38 M€. Il s'agit dans les deux cas de la charge nette.

Source : rapport au Parlement et au ministre chargé de la sécurité sociale de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (juin 2006)

Bien qu'inférieures à l'objectif initial de 998 millions d'euros, les économies générées en 2005 au titre des engagements conventionnels de maîtrise

médicalisée ont ainsi joué un rôle majeur dans le redressement des dépenses de soins de ville, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Économies attendues et réalisées en 2005 au titre de la maîtrise médicalisée

	Objectifs de la maîtrise médicalisée				Economies en 2005	Taux d'atteinte de l'objectif
	Tendance	Objectif /tendance	Taux d'évolution attendu	Montants		
Antibiotiques	0,0 %	-10,0 %	- 10,0 %	91	35	38 %
Statines	12,5 %	- 14,0 %	- 1,5 %	161	122	76 %
Psychotropes	0,0 %	- 10,0 %	-10,0 %	33	11	33 %
Arrêt de travail	3,3 %	-1,6 %	1,6 %	150	432	288 %
ALD*(professionnels libéraux)	0,7 point	- 5 points		340	88	26 %
ALD (établissements)		- 5 points		115	0	0 %
Génériques		- 5 points		55	33	60 %
AcBUS**				53	0	0 %
Total				998	721	72 %

* Ratio des dépenses en rapport avec une ALD sur le total des dépenses résultant des prescriptions sur l'ordonnancier bizonne. ** Accords de bon usage des soins.

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

L'avenant n° 12 à la convention médicale conclu le 3 mars 2006 a permis de poursuivre cette dynamique, en fixant de nouveaux objectifs pour 2006 et 2007, s'agissant notamment des transports sanitaires ou des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Parallèlement, diverses mesures de revalorisations tarifaires ont été prévues par la convention, dont le coût est évalué à 344 millions d'euros en année pleine, du fait notamment à la revalorisation de la consultation des médecins généralistes, depuis le 1^{er} août 2006 (233 millions d'euros en année pleine).

Au premier semestre 2006, « les médecins libéraux ont tout à fait respecté leurs engagements d'économies portant sur les prescriptions de médicaments et d'arrêts de travail », comme l'a souligné la CNAMTS⁽¹⁾. Les objectifs pour 2006 sont en effet en voie d'être atteints sur plusieurs postes.

Ainsi, le montant des dépenses d'indemnisation des arrêts maladie a baissé de façon spectaculaire de 3,4 % sur la période de janvier à juin 2006 par rapport à 2005, à un rythme supérieur à l'objectif conventionnel pour 2006 de 1 %, alors que les indemnités journalières avaient augmenté de près de 40 % sur la période 1998-2003. Outre les facteurs démographiques, le renforcement des contrôles menés par l'assurance maladie (en 2005, 750 000 contrôles d'arrêts de travail ont

(1) Communiqué de presse de la CNAMTS du 31 juillet 2006.

été réalisés, contre 450 000 en 2003) et l'évolution des comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux ont contribué à ces bons résultats.

Les dépenses de remboursement des médicaments hypolipémiants (anti-cholestérol) baissent également pour la première fois (- 4,4 %), après plusieurs années de très fortes augmentations (+ 15 % par an sur la période 2000-2004). Le rythme de diminution des dépenses relatives aux antibiotiques et aux psychotropes (anxiolytiques et hypnotiques) est par ailleurs conforme aux objectifs annuels (avec respectivement - 11 % et - 6 % sur la période concernée).

En ce qui concerne les dépenses prises en charge à 100 % par l'assurance maladie au titre des affections de longue durée (ALD), dont des études réalisées la CNAMTS ont montré que 10 à 15 % des médicaments prescrits ne justifiaient pas une prise en charge intégrale, la baisse est importante (- 2,3 points, l'objectif conventionnel étant de 4 points), s'agissant d'un poste traditionnellement en hausse chaque année.

Au total, sur les 791 millions d'euros d'économies prévus pour 2006, près de 475 millions d'euros ont d'ores et déjà été réalisées à la fin du mois d'août, selon le dernier bilan présenté par la CNAMTS le 10 octobre dernier.

3. Le sous-objectif soins de ville doit être revalorisé pour ne pas briser la dynamique collective engagée avec les professionnels

L'article 53 du projet de loi propose de fixer le montant du sous-objectif de dépenses des soins de ville à 66,5 milliards d'euros pour 2007, soit une augmentation limitée à 0,8 %.

Pour atteindre cet objectif, le projet de loi s'appuie sur la réalisation d'importantes économies totalisant 2,3 milliards d'euros, dont principalement 1,4 milliards d'euros dans le champ des produits de santé (*cf. infra*) et 710 millions au titre de la maîtrise médicalisée, à travers la mise en œuvre des engagements conventionnels (610 millions d'euros) et l'application de référentiels pour la prise en charge des transports sanitaires (100 millions). Les effets reports de mesures mises en œuvre en 2006, concernant notamment la tarification des actes de biologie et l'institution d'un ticket modérateur plafonné à 18 euros, ainsi que la lutte contre la fraude, en particulier à la condition de résidence, doivent également contribuer au respect du sous-objectif proposé pour 2007.

Toutefois, le montant de cet objectif apparaît particulièrement restrictif et sa crédibilité même fait question. S'il ne s'agit en aucun cas de monnayer la participation des professionnels de santé au bon usage des soins, il ne saurait non plus être question de décourager les efforts importants qui ont été déployés depuis 2005, et ce d'autant moins que la médecine de ville est aujourd'hui devenue d'une certaine façon le maillon fort en matière de maîtrise des dépenses.

En effet, si l'on rapporte le montant des revalorisations tarifaires et des économies intervenues au titre de la maîtrise médicalisée, le retour sur

investissement s'est avéré particulièrement intéressant pour l'assurance maladie et, *a contrario*, il est à craindre que des actes qui seraient jugés insuffisamment valorisés ne conduisent certains professionnels à les compenser par une augmentation de leur volume, comme cela a pu être observé par le passé.

Le rapporteur partage d'autre part le souhait, exprimé non seulement par les syndicats mais aussi par le ministre de la santé, que la consultation généraliste soit revalorisée à 23 euros en 2007 (« C = CS »). Des professions paramédicales sont elles aussi dans l'attente de négociations, en particulier les infirmiers, pour lesquelles il serait juste et souhaitable que des mesures de revalorisations interviennent d'ici l'année prochaine.

Ces mesures sont effet essentielles pour donner notamment davantage de temps médical aux professionnels, en leur permettant par exemple de recruter du personnel, alors que de nombreux syndicats auditionnés par le rapporteur ont souligné la lourdeur des charges administratives qui incombent aux médecins. De surcroît, lorsqu'ils peuvent accorder plus de temps à leurs patients, des études ont montré qu'outre l'amélioration de la qualité des soins, en particulier en matière de prévention, les consultations approfondies permettent souvent de réduire le nombre de lignes de prescription.

Enfin, de nombreuses personnes auditionnées ont alerté l'attention du rapporteur sur les fragilités juridiques de la situation conventionnelle actuelle, liées aux résultats des élections aux unions régionales des médecins libéraux (URML) de mai 2006 et à la reconnaissance d'un droit d'opposition aux syndicats majoritaires par la loi du 13 août 2004. Dans ce contexte, il est à craindre que si l'ONDAM soins de ville pour l'année 2007 ne donnait pas les moyens nécessaires au bon fonctionnement conventionnel, certains non signataires de la convention pourraient, plus facilement encore, s'opposer à la conclusion de nouveaux avenants, y compris s'ils comportaient des mesures de revalorisations tarifaires.

Certes, le ministre de la santé a annoncé que les moyens consacrés aux soins de ville pour 2007 devraient permettre une augmentation de l'enveloppe des honoraires de l'ordre de 3,5 à 4 %, grâce notamment à une diminution des dépenses de produits de santé de - 2,6 %. Cette ventilation n'a toutefois pas de valeur normative, dans la mesure où le projet de loi fixe uniquement le montant global de l'enveloppe soins de ville. Par ailleurs, l'objectif fixé pour les produits de santé nécessitera des efforts très importants, alors que l'évolution prévisionnelle de ce poste en 2006 est déjà historiquement basse, avec un taux de croissance proche de 0 %. Enfin, si le comité d'alerte devait constater un risque de dépassement des dépenses l'année prochaine, il est à craindre que des mesures correctrices s'avèrent nécessaires sur l'ensemble des soins de ville.

C'est pourquoi, à l'initiative du rapporteur, de M. Pierre Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et de M. Jean-Pierre Door, la commission a adopté un amendement visant à augmenter de 300 millions d'euros le montant du sous-objectif des soins de ville proposé par le présent projet de loi.

Compte tenu du caractère également contraint des sous-objectifs consacrés aux dépenses hospitalières, de la nécessité de maîtriser le déficit de l'assurance maladie et du fait que les parlementaires ne peuvent proposer d'amendement visant à augmenter le montant de l'ONDAM proposé, mais uniquement modifier sa ventilation, il a été proposé de changer la clé de répartition des droits du tabac, afin d'en attribuer une plus grande partie à la sécurité sociale et permettre ainsi de porter à 1,2 % le taux d'évolution des dépenses de soins de ville pour 2007.

B. LES MESURES VIGOUREUSES MISES EN ŒUVRE POUR CONTENIR LA CROISSANCE DES PRODUITS DE SANTÉ PORTENT LEURS FRUITS

En 2005, les dépenses de médicaments se sont élevées à 16,7 milliards d'euros, soit près du tiers de l'ensemble des soins de ville. Au-delà de leur poids relatif, ces dépenses se caractérisent surtout par un taux de croissance traditionnellement dynamique, dont la maîtrise revêt en conséquence une importance stratégique pour le pilotage et le respect de l'ONDAM. Selon la Cour des comptes, ces dépenses ont en effet contribué à hauteur de 50,7 % à la croissance des soins de ville en 2005.

Alors que l'assurance maladie dépense chaque année près d'un milliard d'euros de plus pour le remboursement de nouveaux médicaments, parfois très chers (par exemple le Glivec®, pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique, dont le coût annuel s'élève à près de 30 000 euros par patient), il est essentiel de veiller à ce chaque euro dépensé le soit le plus efficacement possible. À ces impératifs légitimes de maîtrise des dépenses et de préservation de l'accès de tous aux soins et au progrès médical, s'ajoutent des considérations de santé publique, en raison notamment des risques iatrogènes liés au mauvais usage des médicaments ou encore de la nécessité de préserver l'efficacité des antibiotiques.

C'est pourquoi un vaste « plan médicament » a été mis en œuvre par le gouvernement, en sus des mesures de maîtrise médicalisée précédemment évoquées, dans l'objectif de générer 2,3 milliards d'euros d'économies sur la période 2004-2007. En dépit de certains retards dans sa mise en œuvre, ses résultats sont aujourd'hui tangibles : le projet de loi repose donc essentiellement sur le déploiement de ce plan en 2007.

1. L'évolution des dépenses est désormais sous contrôle

a) Une première inflexion a été constatée en 2005

Globalement, l'année 2005 a marqué un ralentissement de la croissance des dépenses de médicaments, avec une progression de 4,9 %, contre 6,1 % l'année précédente. En valeur, le niveau de la consommation demeure toutefois structurellement élevé, phénomène dont on appréhende mieux l'ampleur, en rapportant la dépense totale de médicaments à l'échelle d'un individu, comme présenté ci-après.

La consommation moyenne de médicaments en France métropolitaine en 2005

« En 2005, en moyenne, chaque habitant de la France métropolitaine a acheté en pharmacie, pour un montant de 430 €, 47 boîtes de médicaments remboursables, dont 7 boîtes de médicaments génériques au prix moyen de 5,7 € la boîte et 40 boîtes de spécialités non génériques au prix moyen de 9,8 €. Ces médicaments présentés au remboursement et ceux achetés auprès des pharmacies hospitalières ont donné lieu à un remboursement de l'assurance maladie obligatoire de 338 € par habitant. »

Source : rapport d'activité 2005 du Comité économique des produits de santé (CEPS) de juillet 2006

Cette évolution résulte principalement de la dynamique des volumes, avec un nombre de boîtes remboursées en hausse de 3,4 % pour le régime général, après une baisse de 0,1 % en 2004. Comme les années précédentes, la structure des ventes a également été déformée vers les médicaments les plus chers, souvent plus récents (*cf.* le tableau ci-dessous), cet « effet structure » étant toutefois moins important que les années précédentes (+ 4,1 %, contre 7 % en 2004).

Le « top ten » des dix médicaments les plus prescrits en 2005 en montant remboursé

(en millions d'euros)

Rang	Spécialité pharmaceutique	Âge du produit	Montant remboursé	Evolution 2005/2004
1	PLAVIX® (antiagrégant plaquettaire)	6,9 ans	357,3 M€	19,6 %
2	TAHOR® (statine)	7,7 ans	307,7 M€	13,1 %
3	SERETIDE® (antiasthmatique)	5,0 ans	210,9 M€	7,6 %
4	ELISOR® (à base de statine)	14,8 ans	162,9 M€	-3,8 %
5	INEXIUM® (antiulcéreux)	3,8 ans	128,3 M€	19,4 %
6	VASTEN® (à base de statine)	14,9 ans	123,4 M€	- 6,2 %
7	TRIATEC® (hypertenseur)	16,4 ans	122,6 M€	12,6 %
8	MOPRAL® (antiulcéreux à base d'oméprazole)	15,2 ans	115,9 M€	- 44,9 %
9	ZOCOR® (à base de statine)	15,4 ans	106,4 M€	- 31,7 %
10	GLIVEC® (leucémie myéloïde chronique)	2,7 ans	101,1 M€	14,3 %

Source : CNAMTS

En revanche, l'évolution des prix unitaires a été sensiblement plus marquée à la baisse que les années précédentes, traduisant l'impact des mesures tarifaires mises en œuvre en 2005 dans le cadre du plan médicament. Par ailleurs, la croissance des dépenses a été accrue par des facteurs d'ordre conjoncturel, en particulier la situation épidémique, le passage en ville de certains médicaments rétrocédés et le stockage exceptionnel de génériques constaté en fin d'année ⁽¹⁾.

Toutes choses égales d'ailleurs, le CEPS estime ainsi à presque trois points le ralentissement réel de la croissance des ventes en 2005.

(1) Ce phénomène résulterait de l'anticipation par les pharmaciens et les génériqueurs des baisses de prix du répertoire et de la réforme des contrats de coopération commerciale (marges arrière).

Bilan des économies réalisées en 2005 sur les dépenses de médicaments

(en millions d'euros)

Mesures du plan médicament mises en œuvre en 2005	Rendement constaté en 2005
Encadrement du prix des médicaments rétrocedés	130
Développement des grands conditionnements	-
Baisses de tarifs et de prix négociées	168
Développements des génériques dont :	234
– Augmentation de la pénétration des génériques dans le répertoire	170
– Baisse de prix de certains génériques	36
– Mise en œuvre de deux vagues de tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), en juin et en novembre, et baisse de quelques TFR existants	28
Total	532

Source : tableau réalisé d'après le rapport précité de la Cour des comptes de septembre 2006

Pour réelle qu'elle soit, cette inflexion n'en est pas moins apparue insuffisante au regard des objectifs de dépenses initialement prévus, justifiant la mise en place de mesures complémentaires au plan médicament à l'automne 2005. En effet, selon la Cour des comptes, sur les 900 millions d'euros d'économies escomptées, celles-ci n'ont finalement été que de 530 millions en 2005.

b) La progression des dépenses pourrait être nulle en 2006

Si l'industrie pharmaceutique évoque une « *décélération historique* » des ventes de médicaments, à tout le moins, force est de constater qu'après des années de croissance vive, de l'ordre de 8 % par an en moyenne, les dernières prévisions pour 2006 confirment l'hypothèse de la rupture de tendance avancée en 2005. Pour la première fois en effet, l'évolution des dépenses remboursées des produits de santé pourrait être proche de 0 % cette année.

Concernant les dispositifs médicaux, la croissance des dépenses demeure vive, puisqu'elle s'élèverait à 6,7 %, mais il s'agit, là encore, d'un réel infléchissement par rapport aux années précédentes (+ 11,5 % en 2004 et + 8,6 % en 2005), qui s'expliquerait notamment par les baisses de tarifs intervenues depuis l'année dernière. S'agissant des dépenses de médicaments, celles-ci pourraient enregistrer une baisse de l'ordre de 0,8 %, imputable aux baisses de prix ciblées intervenues depuis 2005, à la deuxième vague de déremboursement, total ou partiel, des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant (345 millions d'euros d'économies), à la pénétration accrue des génériques et à la baisse des prix intervenue sur l'ensemble du répertoire des groupes génériques (*cf. infra*).

Au total, si près de 1,4 milliard d'euros d'économies pourraient ainsi être réalisées sur les médicaments en 2006, celles-ci restent insuffisantes pour assurer le respect l'objectif fixé pour 2006 sur ce poste (– 3,3 %), dont il faut toutefois

reconnaître le caractère particulièrement volontariste, entraînant de ce fait un dépassement de l'enveloppe soins de ville de l'ONDAM.

2. Les génériques, anatomie d'un succès : l'efficacité d'une politique globale, équilibrée et contractualisée

Alors que les génériques se sont fortement développés depuis quelques années – leur part de marché en valeur a ainsi été multiplié par quatre sur les cinq dernières années pour atteindre 2,1 milliards d'euros en 2005 – il apparaît légitime, au vu des économies ainsi générées, d'interroger les fondements de la politique mise en œuvre en faveur de leur promotion.

Celle-ci présente en effet plusieurs caractéristiques, dont les enseignements sont riches en termes de maîtrise des dépenses. En premier lieu, cette politique s'est appuyée sur les efforts conjugués et contractualisés de l'ensemble des acteurs concernés. En outre, l'action des pouvoirs publics a porté simultanément sur l'ensemble des facteurs d'évolution de la dépense (prescription, délivrance, fixation du prix, remboursement et information des assurés). Enfin, un équilibre a été recherché entre les intérêts à plus ou moins long terme de l'assurance maladie.

a) L'implication des médecins et des pharmaciens, relayée par les actions engagées par l'assurance maladie, a été décisive

Le répertoire des groupes génériques regroupe l'ensemble des spécialités pharmaceutiques de référence (médicament de marque ou *princeps*) et leurs génériques, que les pharmaciens peuvent substituer au princeps depuis 1999. Si le taux de délivrance des génériques s'est amélioré de façon continue depuis quelques années, leur part de marché au sein du répertoire était encore insuffisante en 2005, avec 58 % en volume contre par exemple 74 % en Allemagne.

• *L'accord de janvier 2006 conclu entre l'assurance maladie et les pharmaciens a contribué à dynamiser la pénétration des génériques.*

S'inscrivant dans le prolongement de la convention médicale du 12 janvier 2005, un important accord a été conclu entre l'UNCAM et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine, le 6 janvier 2006, afin de promouvoir la délivrance des génériques. Cet accord fixe l'objectif de pénétration des médicaments génériques à 70 % du répertoire d'ici la fin de l'année, représentant une économie de 100 millions d'euros. Cet objectif, décliné au niveau local pour chaque officine, porte sur une liste de vingt molécules, dont l'augmentation des parts de marché est essentielle pour l'assurance maladie. L'accord organise également l'information des pharmaciens et le suivi de ces objectifs dans le cadre de commissions paritaires.

Dans ce cadre, l'assurance maladie s'est également engagée à poursuivre les actions ciblées d'incitation à la consommation de génériques en direction des assurés, mises en place pour la première fois au cours du second semestre 2005.

***L'efficacité des nouvelles actions de communication fondées sur le marketing direct :
l'exemple de la campagne menée par la CNAMTS au second semestre 2005***

« Entre juillet et octobre 2005, un courrier personnalisé été diffusé à 267 000 assurés, dont la consommation de génériques était particulièrement faible. Dans ce courrier, l'assurance maladie rappelait à l'assuré que le médicament de marque auquel il avait recours habituellement existait également sous la forme de générique. Pour des raisons d'efficacité, les assurés ont été ciblés en fonction de leur niveau de consommation (consommation régulière de médicaments de marque dont le coût est élevé pour l'assurance maladie). Une proposition importante d'assurés contactés a répondu positivement à la proposition de l'assurance maladie : au 30 janvier 2006, près de 40 % ont acheté au moins une fois le médicament générique correspondant à leur traitement habituel dans les mois suivant la réception du courrier de leur caisse d'assurance maladie. D'ores et déjà, le nouveau comportement a permis d'économiser environ 2,6 millions d'euros. À terme, l'économie attendue peut être estimée à environ 15 millions d'euros. »

Source : communiqué de presse de la CNAMTS du 9 mars 2006

• Pour remédier à l'exiguïté du répertoire des groupes génériques, une action sur la prescription a parallèlement été engagée.

La difficulté principale à laquelle se heurte le développement des génériques réside dans l'étroitesse de ce répertoire, c'est-à-dire par l'importance des prescriptions réalisées sur des molécules non généricables : les médicaments inscrits au répertoire représentent en effet seulement 25 % de l'ensemble du marché en volume, contre 75 % en Allemagne en 2005.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette situation, en particulier les délais plus longs d'obtention d'une autorisation de mise sur le marché pour les génériques, la nécessaire protection des droits de propriété intellectuelle attachés aux brevets des *princeps*, mais aussi les stratégies de contournement du répertoire⁽¹⁾ développées par les industries pharmaceutiques. Par ailleurs, comme le note le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans son rapport sur le médicament de juillet 2006, il semble que pour de nombreuses pathologies, les médecins pourraient, prescrire davantage de médicaments au sein du répertoire, avec une efficacité thérapeutique comparable.

L'accord tripartite conclu en mars 2006 avec les représentants de l'assurance maladie et les pharmaciens constitue donc une avancée majeure, dans la mesure où les médecins s'y sont engagés à prescrire en priorité, selon les besoins des malades, des médicaments inscrits au répertoire, par exemple les IPP ou les statines. La diffusion des logiciels d'aide à la prescription, dont la certification relève désormais de la Haute autorité de santé, doit également permettre de favoriser la substitution, à travers notamment la prescription en dénomination commune internationale (DCI).

(1) Par exemple, en lançant de nouvelles formulations ou dosages ou encore des « me-too » (produit ayant des caractéristiques très proches de celles d'un médicament généricable, mais dont la substance active est différente et n'apportant souvent aucune amélioration du service médical rendu).

b) Un équilibre a été recherché entre les intérêts à court et plus long terme de l'assurance maladie

• Instrument de régulation de la dépense, le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) a finalement été utilisé avec prudence, au fil de l'eau.

Le principe du TFR consiste à fixer une base maximum de remboursement pour l'ensemble des médicaments appartenant à un groupe générique, dont le montant est identique qu'ils soient génériques ou *princeps*. Désormais confiée au Comité économique des produits de santé (CEPS), l'application de plusieurs vagues de TFR a ainsi permis de générer rapidement de substantielles économies, non seulement de façon directe (l'assurance maladie remboursant les médicaments sur la base du prix du générique, inférieur de près de 30 % à celui du *princeps*), mais aussi en raison de la baisse des prix constatés sur l'ensemble du répertoire (la plupart des *princeps* sous TFR ayant en effet aligné leurs prix sur celui-ci).

À moyen terme, le recours au TFR est toutefois controversé. Celui-ci peut en effet risquer de réduire le taux de substitution⁽¹⁾ et de garder une part de marché élevée aux laboratoires pharmaceutiques commercialisant un *princeps*, qui peuvent par exemple conduire une politique commerciale agressive afin d'éliminer leurs génériqueurs du marché.

Les effets contrastés de l'application de tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR)

« Quand il s'applique, le TFR rend inutiles tant l'exercice du droit de substitution que la prescription en DCI (en tant qu'instrument d'économie). Tout dépend donc des objectifs que le régulateur se fixe : s'il s'agit de faire des économies immédiates pour les payeurs (assurance maladie obligatoire et complémentaire), le TFR y parvient. S'il est de développer la concurrence au sein du marché généricable dans une optique d'économies à moyen terme, alors le recours au TFR est controversé. En effet, le TFR fige le marché, un peu comme une photographie, au moment de sa mise en œuvre. S'il est appliqué trop près de l'échéance des brevets, aucun générique ne peut se développer, supprimant l'effet de concurrence qui amène l'alignement des prix. Toutefois, dans certains contextes étrangers, le TFR semble coexister avec une forte pénétration des génériques. »

Source : extrait du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur le médicament de juillet 2006

Après avoir un temps envisagé la généralisation des TFR deux ans après la commercialisation des génériques, le gouvernement a finalement décidé de poursuivre une politique de TFR « au fil de l'eau », c'est-à-dire réservée de façon privilégiée aux groupes génériques dont le taux de pénétration reste insuffisant⁽²⁾, pour lesquels cette mesure constitue en quelque sorte un dernier recours. Ces règles clairement définies, la menace du TFR a été suffisamment forte pour

(1) Outre la baisse du prix du *princeps* – qui peut conduire le patient, à prix égal, à préférer le médicament de marque au générique – la suppression, quand existe un TFR, de la marge privilégiée accordée aux pharmaciens en cas de substitution d'un générique peut risquer de ne plus les inciter à substituer.

(2) C'est-à-dire pour les nouveaux groupes si, après environ un an, la part de marché en volume des génériques n'atteint pas 50 %, voire 60 % du répertoire pour ceux à fort chiffre d'affaires.

encourager les pharmaciens à exercer leur droit de substitution. Sur les mêmes principes, de nouveaux groupes génériques pourraient être soumis à TFR d'ici la fin de l'année 2006, dans le cas où leur taux de pénétration ne serait pas suffisant.

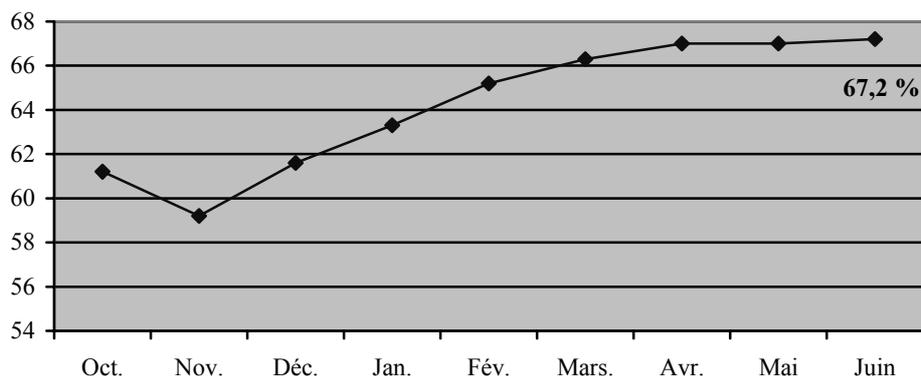
• *Une politique active de gestion des prix et des marges a été engagée, sans fragiliser les génériqueurs, ni décourager la substitution.*

Afin de mieux adapter la politique tarifaire au cycle de vie des médicaments et veiller à ce que le développement des génériques s'opère sur des prix cohérents, plusieurs mesures ont été mises en œuvre en 2006. Ainsi, une baisse générale de 15 % des médicaments inscrits au répertoire est intervenue en février dernier. Dans les groupes génériques plus anciens, non soumis à TFR, une baisse de prix complémentaire a été mise en place dans le cadre conventionnel. Enfin, pour les nouveaux génériques, l'écart minimum de prix avec le *princeps* a été porté à 50 %, contre 40 % auparavant ⁽¹⁾.

Par ailleurs, l'importance des marges des pharmaciens, la rapidité de leur augmentation ainsi que la nécessité de retrouver des marges de manœuvre pour diminuer le prix public des génériques, ont conduit les pouvoirs publics à plafonner les remises commerciales sur les génériques (marges arrière) en décembre 2005, en application de loi dite « Dutreil II ⁽²⁾ ».

En définitive, couplé aux engagements de maîtrise médicalisée des médecins libéraux, l'ensemble de ces actions ont produit rapidement des résultats significatifs, les génériques ayant permis de réaliser plus de 750 millions d'euros d'économies en 2006.

***Évolution du taux de pénétration des génériques
dans le répertoire depuis octobre 2005 en nombre de boîtes***



Source : ministère de la santé et des solidarités

(1) Le CEPS doit ainsi accepter sans discussion le prix proposé par les fabricants de génériques lorsqu'il est inférieur à 50 % du prix du princeps (contre 60 % auparavant).

(2) Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises (PME).

3. Le déploiement du plan médicament permettra de consolider la maîtrise des dépenses en 2007

Pour l'année 2007, les mesures d'économies prévues par le gouvernement s'inscrivent dans la continuité du plan médicament et reposent principalement sur les deux axes suivants.

a) Les médicaments doivent être pris en charge à leur juste coût

Concernant les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), dont les achats par les hôpitaux ont représenté plus de 200 millions d'euros en 2005, selon le CEPS, l'article 35 du projet de loi prévoit tout d'abord de mieux encadrer les conditions de rémunération des laboratoires pharmaceutiques, cette mesure devant permettre de générer 20 millions d'euros dès l'année prochaine.

Transposant l'une des dispositions prévues par la directive n° 2004/27/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004, l'article 36 prévoit, dans le même sens, de permettre la prise en charge de produits ne disposant pas d'une autorisation de mise sur le marché en France, mais qui l'ont obtenue dans un autre Etat membre, afin d'éviter de recourir à la procédure complexe et coûteuse des ATU nominatives.

Par ailleurs, la poursuite de la politique de promotion des génériques devrait permettre une économie de 520 millions d'euros en 2007. Des baisses de prix sont également programmées d'ici l'année prochaine, représentant 370 millions d'euros d'économies (intégrant l'impact des mesures décidées en 2006), afin notamment d'obtenir davantage de cohérence en termes de prix au sein de chaque classe pharmaco-thérapeutique. En particulier, le ministre de la santé et des solidarités a annoncé son intention de diminuer le prix des médicaments qui restent particulièrement coûteux dans une classe génériquée ou qui sont de simples « *me-too* », c'est-à-dire des contournements de génériques.

Prévu lors de la réforme de l'assurance maladie, le développement des grands conditionnements, c'est-à-dire des boîtes de trois mois pour les patients atteints de maladies chroniques, doit enfin permettre de réaliser près de 100 millions d'euros d'économies en 2007.

b) La promotion du bon usage des produits de santé doit être poursuivie

Outre la poursuite des actions de maîtrise médicalisée, qui « *concerne aussi les hôpitaux, avec la mise en œuvre des accords de bonnes pratiques hospitalières* », comme l'a rappelé le ministre de la santé et des solidarités lors de son audition par la commission, le projet de loi comporte plusieurs mesures visant à promouvoir davantage le bon usage des soins.

Afin de lutter contre les risques de iatrogénie dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), où la consommation de médicaments est près de deux fois supérieure à celle des personnes vivant à domicile, il est tout d'abord proposé que les établissements ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur, signent une convention avec les officines.

L'article 37 prévoit également de mieux encadrer les traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, en particulier la buprénorphine haut dosage, commercialisée sous la marque Subutex®, pour lesquels le nom du pharmacien devra être porté sur l'ordonnance, voire nécessiteront l'établissement d'un protocole de soins, sans pour autant compliquer l'accès aux patients respectant le bon usage des soins. Il convient en effet de rappeler que, selon la CNAMTS, le nombre de consommateurs détournant régulièrement tout ou partie du Subutex® qu'ils se font prescrire pourrait se situer entre 1 500 et 2 000.

Enfin, concernant les dispositifs médicaux, dont le taux de croissance demeure dynamique (+ 6,7 % des dépenses remboursées en 2006), les actions publicitaires en leur faveur seront mieux encadrées, grâce au dispositif prévu par l'article 38 du projet de loi qui prohibe toute référence au fait qu'ils sont, le cas échéant, remboursables par l'assurance maladie.

C. LA MODERNISATION DU SYSTÈME DE SOINS SE POURSUIT

1. Pour améliorer l'accès de tous à des soins de qualité

a) Le champ de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé sera significativement élargi

En 2004, selon l'étude réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), 13 % environ de la population déclaraient en 2004 « avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois »⁽¹⁾, s'agissant notamment des soins bucco-dentaires ou de l'achat de lunettes, l'une des principales causes de ce renoncement étant l'absence de couverture complémentaire. En effet, selon cette étude, les Français n'en disposant pas étaient 28 % à avoir renoncé à des soins, contre 12 % pour ceux qui en bénéficient.

Depuis lors, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a permis mettre en place un dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, entré en vigueur depuis 1^{er} janvier 2005, afin de remédier à cette situation et améliorer ainsi l'accès de tous à des soins de qualité.

Il est vrai que la montée en charge du dispositif a été plus lente qu'il n'était initialement escompté, puisque sur les deux millions de personnes

(1) *Questions d'économie de la santé n°110, « Enquêtes santé et protection sociale 2004 : premiers résultats » (juillet 2006).*

bénéficiaires potentiels, seuls 226 000 avaient effectivement fait valoir ce droit auprès des complémentaires. Comme le souligne le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU), celui-ci peut cependant être considéré comme un « *relatif succès* », au regard des dispositifs antérieurs, qui concernaient moins de 60 000 personnes.

Évolution du nombre de bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé depuis février 2005

Date	Février 05	Mai 05	Août 05	Nov. 05	Février 06	Mai 06
Nombre de bénéficiaires	12 805	62 811	113 731	177 710	203 000	226 000

Source : projet de programme de qualité et d'efficience annexé au projet de loi (données du Fonds CMU en date du 12 mai 2006 jusqu'à février 2006 et du 5 septembre 2006 pour mai 2006)

Cette aide a ainsi permis de réduire à 60 % le taux de reste à charge pour les souscripteurs d'un contrat d'assurance complémentaire. Afin de renforcer l'attractivité du dispositif, le montant de l'aide a par ailleurs été substantiellement revalorisé au 1^{er} janvier 2006, en application de la précédente loi de financement.

L'évaluation du dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

« Selon l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU rend compte annuellement au gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt. Pour répondre à cette demande, le Fonds a exploité les données de treize organismes complémentaires, concernant 25 126 contrats. Ces contrats couvrent 44 991 bénéficiaires qui représentent plus de 25 % des bénéficiaires du crédit d'impôt à la fin 2005. Cette enquête, bien qu'expérimentale, est donc basée sur une proportion significative des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt. (...)

Pour les treize organismes complémentaires et 44 991 bénéficiaires étudiés, le prix moyen s'établit à 632 euros par contrat, le montant moyen de déduction s'élève à 243 euros, le montant moyen de prime ou cotisation après crédit d'impôt s'élève à 389 euros, ce qui conduit à un taux de reste à charge par contrat de 60 %. En moyenne, 1,8 personnes sont couvertes par un contrat (...). Le taux d'effort moyen pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire est évalué par foyer à 4,5 % de ses revenus annuels. Cela signifie que pour les personnes concernées, un demi-mois de revenu est nécessaire pour financer leur complémentaire santé. À titre de comparaison, le taux d'effort des ménages lié à l'occupation de leur résidence principale est évalué en 2002 à 10,3 %. »

Source : extrait du rapport du Fonds CMU sur l'évolution du prix (juin 2006)

Afin de conforter ce dispositif et à la demande du Président de la République⁽¹⁾, l'article 33 du projet de loi prévoit d'augmenter très significativement le montant du plafond de ressources ouvrant droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, en le portant à 15 % à 20 % du plafond de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Ainsi, près de

(1) Cf. l'intervention du Président de la République au 38^{ème} congrès de la Mutualité française le 8 juin 2006.

2,9 millions pourraient désormais bénéficier de ce dispositif. Concrètement, cette mesure signifie que pour une personne seule, le montant maximum de ressources maximum ouvrant à droit à cette aide sera porté de à 705 euros, contre 675 euros actuellement.

Dans le prolongement des recommandations de la Cour des comptes, le rapporteur souhaite cependant souligner la nécessité de mieux faire connaître ce dispositif et de renforcer sa lisibilité, en explorant par exemple la piste, évoquée par le directeur du fonds CMU, M. Jean-François Chadelat, lors de son audition, consistant à confier aux caisses d'allocations familiales (CAF) le soin de lancer des actions ciblées d'informations auprès des personnes satisfaisant aux conditions de ressources.

b) Les personnes atteintes de maladies rares et graves seront mieux prises en charge

Dans le cadre du plan national pour 2005-2008, le projet de loi vise à améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies rares et graves. En effet, comme l'ont souligné la Haute autorité de santé ⁽¹⁾ et le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, il existe actuellement des produits, essentiels à la survie de certains patients, qui ne sont cependant pas inscrits au remboursement et peuvent de ce fait obérer significativement le pouvoir d'achat des familles concernées.

C'est en particulier le cas des écrans solaires pour les enfants atteints de la maladie de la lune (*xeroderma pigmentosum*), qui doivent se prémunir contre le soleil avec des combinaisons spéciales et des crèmes solaires, mais aussi, par exemple, des produits multivitaminés dans le cadre de la mucoviscidose (seuls les produits monovitaminés sont actuellement remboursés) ou encore des produits d'hygiène nasale.

L'article 35 du projet de loi propose donc, à titre dérogatoire et pour des cas limités, de permettre la prise en charge de certains produits pour les patients atteints de maladie ou souffrant d'une affection de longue durée (ALD) nécessitant un traitement long et des thérapeutiques particulièrement coûteuses. En outre, des mesures sont prévues afin d'inciter les laboratoires à lancer les essais cliniques nécessaires pour obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) et solliciter l'inscription de leurs produits au remboursement.

(1) Avis du 24 novembre 2005 de la Haute autorité de santé sur la prise des maladies rares dans le cadre du dispositif des affections de longue durée (ALD).

2. Pour renforcer la prévention et les actes de dépistage

a) Une consultation gratuite de prévention pour les personnes âgées de plus de soixante-dix ans sera mise en place dès juillet 2007

Alors que l'espérance de vie dépasse désormais quatre-vingt ans, on estime que la perte d'autonomie concerne entre 6 à 7 % des personnes de plus de soixante ans. La dépendance n'est pourtant pas une fatalité, mais il faut pour cela que les polyopathologies liées au vieillissement puissent être dépistées précocement afin d'être mieux prises en charge et faciliter ainsi la compensation des handicaps et le maintien à domicile des personnes âgées dans les meilleures conditions.

Dans cet objectif le Plan « Solidarité grand âge », présenté par le Premier ministre en juin dernier, prévoit de créer une consultation gratuite de prévention pour toutes les personnes âgées de plus de soixante-dix ans, qui fait l'objet de l'article 47 du projet de loi.

Réalisée selon un protocole standardisé par le médecin généraliste formé à cet effet, elle doit permettre de renforcer la détection précoce des facteurs médicaux ou sociaux conduisant à la dépendance (troubles de la mémoire, de l'équilibre, isolement, dépression) et créer les conditions favorables à une longévité active et en bonne santé. Cette mesure devrait entrer en vigueur à partir de juillet 2007.

b) Un établissement public sera créé pour sécuriser et renforcer le dispositif de prévention des risques sanitaires exceptionnels

Afin de garantir la stabilité, la sécurité juridique et la pérennité des ressources du fonds de concours, destiné à financer la constitution de stocks de précaution en cas de menace sanitaire grave, l'article 51 du projet de loi de créer un nouvel établissement public, s'y substituant : le Fonds de prévention des risques sanitaires exceptionnels.

S'agissant plus particulièrement de l'épizootie de grippe aviaire, si personne ne peut affirmer avec certitude que le virus deviendra transmissible d'homme à homme, il est en effet essentiel, au nom du principe constitutionnel de précaution invoqué par le Président de la république, de mettre en place tous les moyens nécessaires pour pouvoir faire face rapidement à une telle crise sanitaire.

Le fonds de prévention permettra ainsi de couvrir les frais d'achat de masques, de médicaments et de matériels de vaccination et de renouveler des stocks d'antibiotiques. Ainsi les stocks de masques de protection individuelle de type FFP2 actuellement au nombre de 222 millions vont être augmentés pour atteindre 287 millions à la fin de l'année 2006. La France s'est par ailleurs constitué un stock de 13,8 millions de traitements Tamiflu® à la fin de l'année 2005, qui sera porté à 33 millions entre octobre 2006 et octobre 2007. Enfin, l'objectif à terme étant de couvrir la totalité de la population en vaccins, 40 millions de vaccins pandémiques contre le virus H5N1 réassorti ont déjà été

réservés et un contrat a été conclu pour la fourniture de deux millions de vaccins pré-pandémiques contre le virus actuel.

3. Pour améliorer la qualité des pratiques et les conditions d'exercice des professionnels de santé

S'inscrivant dans la continuité des différentes mesures intervenues dans ce sens depuis quelques années, le projet de loi comporte plusieurs dispositions visant à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Ainsi, dans le double objectif de renforcer la médicalisation des hôpitaux locaux et de conforter l'attractivité des zones rurales qu'ils desservent, l'article 40 prévoit tout d'abord de donner la possibilité aux conseils d'administration des hôpitaux locaux de recourir, pour chacune des activités de l'établissement à l'exercice médical libéral et à l'exercice « salarié » sous statut hospitalier. Afin que l'hôpital local puisse être ouvert en priorité aux médecins généralistes, cette ouverture ne pourrait être envisagée qu'après avis de la commission médicale d'établissement, au regard de l'activité de l'établissement.

En outre, l'article 34 du projet de loi vise à permettre aux infirmiers de prescrire certains dispositifs médicaux, dont la liste sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La réflexion doit toutefois être poursuivie à cet égard car si l'adoption de la proposition de loi de Mme Maryvonne Briot et de M. Richard Maillé portant création d'un ordre national des infirmiers par l'Assemblée nationale, puis le Sénat, le 5 octobre dernier, constitue un premier pas important, elle ne saurait pour autant épuiser la question des attentes légitimes de reconnaissance de cette profession.

Enfin, le rapporteur souhaite souligner l'importance qu'une solution pérenne et équitable soit apportée au problème de la flambée des primes d'assurances médicales, en concertation avec les professionnels de santé et les organismes de protection sociale complémentaire.

En effet, comme l'a fort justement souligné le Président de la république, lors du conseil des ministres du 1^{er} août 2006, *« cette question de l'assurance des professionnels de santé est un enjeu essentiel pour la sécurité des patients, bien sûr, mais aussi pour l'avenir de notre système de santé. Nous ne pouvons pas accepter que de jeunes médecins se détournent de certaines spécialités indispensables comme la chirurgie ou l'obstétrique. Ni que des médecins en activité aient du mal à exercer dans de bonnes conditions parce que leurs primes d'assurance sont trop élevées »*.

La publication du décret sur l'accréditation le 23 juillet dernier, en application de la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, a certes permis d'apporter une première réponse aux préoccupations des médecins quant à l'augmentation des primes d'assurance. La réflexion doit cependant être

poursuivie sur cette question, par exemple en explorant la piste d'un écrêtement des indemnités.

S'agissant par ailleurs de la création d'un secteur optionnel, il conviendra, conformément aux orientations adoptées par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de veiller à son articulation « *avec l'existence du secteur I et du secteur II afin de garantir un haut niveau d'accès à des tarifs opposables* » et d'éviter que sa mise en place « *ne se traduise par une augmentation du reste à charge des assurés sociaux* ».

III.- DES EFFORTS IMPORTANTS SONT DÉPLOYÉS POUR PERMETTRE LA POURSUITE DE LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Alors que près de dix millions de personnes effectuent chaque année un séjour dans un établissement hospitalier, soit 15 % de la population, les dépenses d'assurance maladie consacrées au secteur hospitalier ont représenté plus de 60 milliards d'euros en 2005, soit 43 % de l'ONDAM.

Depuis le lancement du plan « Hôpital 2007 », le monde hospitalier est engagé dans un mouvement de réforme de grande ampleur, qu'il s'agisse de la gouvernance, de la tarification à l'activité, de la modernisation de la gestion ou encore des nouvelles règles de planification.

Il s'agit là d'un défi considérable, qui nécessite incontestablement un certain temps d'adaptation pour l'ensemble des acteurs concernés et si, d'une certaine façon, beaucoup a été semé au cours de ces dernières années, l'heure est à présent venue de commencer à en récolter les résultats.

A. LA MONTÉE EN CHARGE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ SE POURSUIT

La tarification à l'activité (T2A), prévu par le plan « Hôpital 2007 », est mise en œuvre depuis 2005.

1. En 2006 : augmentation de la part tarifaire, extension à l'hospitalisation à domicile, régulation infra-annuelle des tarifs et généralisation des contrôles

En 2006, la montée en charge de la T2A qui repose sur une meilleure prise en compte de l'activité médicale et du service rendu par les établissements de santé s'est poursuivie.

La fraction tarifée pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi que pour les consultations et actes externes réalisés dans les établissements anciennement financés par dotation globale (établissements publics et établissements participant au service public hospitalier – PSPH) a été portée de 15 % à 35 %.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2006, les prestations réalisées en hospitalisation à domicile (HAD) sont facturées dans leur intégralité sur la base de tarifs nationaux. Cela doit favoriser le développement de cette activité.

Afin de tenir compte des expériences conduites à l'étranger, où l'on a observé une progression plus rapide de l'activité apparente par rapport à l'activité réelle du fait d'une amélioration quantitative (exhaustivité) et qualitative

(optimisation) du codage des prestations durant les trois premières années de mise en œuvre de modes de tarification à l'activité mais aussi des données d'activités pour 2005, les tarifs applicables aux établissements de santé publics et privés ont été abaissés en moyenne de 1 %, à compter du 1^{er} mars 2006.

En outre, pour la première fois, les outils de la régulation tarifaire infra-annuelle ont été utilisés. Compte tenu du risque de dépassement de l'ONDAM et du dynamisme de la progression de l'activité, au moins apparente, des établissements de santé privés, M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités a, après avoir réuni, pour la première fois, une conférence tarifaire au mois de juillet, décidé au début du mois de septembre une baisse des tarifs des établissements de santé privés à hauteur de 60 millions d'euros sur les trois derniers mois de l'année, ce qui représente une baisse moyenne des tarifs de 2,60 % (arrêté du 27 septembre 2006), et des mesures de gel de 115 millions d'euros de dotations hospitalières et de 30 millions d'euros de dotation nationale de financement des réseaux de santé.

Il était envisagé de réunir une nouvelle conférence tarifaire à la rentrée. La date n'en est pas encore fixée.

La convergence intrasectorielle s'est poursuivie avec la possibilité donnée aux directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (ARH) d'accélérer le rythme de réalisation de celle-ci en prenant en compte la situation des établissements surdotés ou sous-dotés de leur région. En revanche, aucune mesure financière d'effet directe n'a été prise concernant la convergence intrasectorielle. Les travaux concernant l'élaboration d'une échelle nationale de coûts commune aux établissements publics et privés se poursuivent. La méthodologie devrait être arrêtée d'ici la fin de l'année et le recueil des données réalisés en 2007.

Par ailleurs, une enveloppe d'aide à la contractualisation de 174 millions d'euros a été prévue pour permettre aux ARH de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes, notamment à la T2A, et de retour à l'équilibre.

En 2005, ont été organisés les premiers contrôles des codages « à blanc » avec une finalité pédagogique. Le contrôle réel des codages a commencé dans toutes les régions au mois de février 2006. Les contrôles doivent notamment permettre de détecter des comportements de maximisation des ressources, voire des comportements frauduleux. Il s'agit de s'assurer que les codages qui génèrent le paiement des tarifs ou, pour le secteur public, de la fraction des tarifs (35 % en 2006) correspondent bien à des activités réelles.

Le contrôle est organisé au niveau régional par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (COMEX), avec l'aide de l'unité technique de coordination régionale (UCR) à laquelle participe l'assurance maladie. Chaque année est établi un programme de contrôle au sein des établissements, par ciblage, à partir des premières observations issues d'un logiciel

de recherche des anomalies de codages (DATIM : dépistage des atypies de l'information médicale), des données du système d'informations inter-régimes de l'assurance maladie (SNIRAM) et des relevés de séjours transmis aux ARH par les établissements.

Les contrôles sont effectués par les médecins de santé publique et les médecins conseils de l'assurance maladie (environ 300) et c'est la commission exécutive de l'ARH qui, sur proposition de l'unité de coordination régionale, décide des sanctions.

En cas de manquement aux règles de facturation, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée, les établissements sont passibles de sanctions financières dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou de 50 % si le contrôle a porté sur une activité donnée.

Pour 2006, le contrôle a été centré sur les facturations de prestations délivrées sans autorisation et les facturations d'actes frontières (actes externes, hospitalisation partielle, séjours de courte durée) dans les 1 400 établissements ayant une activité de MCO.

La CNAMTS a fait connaître, au mois de juin 2006, les premiers résultats des contrôles effectués depuis le mois de février de la même année à partir du logiciel de détection des anomalies de facturation et du SNIRAM. Il est estimé que, sur 1 400 établissements concernés par la T2A, 1 100 sont exempts d'anomalie de facturation, tandis que 300 en ont commis (des hôpitaux dans la moitié des cas et des cliniques dans l'autre). Certains établissements auraient par exemple facturé des hospitalisations partielles pour des interventions n'en nécessitant pas. Les indus représenteraient 50 millions d'euros (25 millions d'euros pour les cliniques et 25 millions pour les hôpitaux). Ces premiers résultats provisoires doivent être analysés avec prudence. Ils laissent apparaître que les anomalies dans la facturation sont proportionnellement plus importantes dans les cliniques (25 millions d'euros sur six milliards de financement T2A, soit environ 0,4 %) que dans le secteur public. Encore faut-il observer que cette surreprésentation des cliniques semble résulter d'une différence dans les conditions de transmission des données entre les deux secteurs (différence dans l'exhaustivité et les délais).

Ces données doivent maintenant être vérifiées par des contrôles dans les établissements. Une soixantaine d'établissements ont fait l'objet d'un contrôle sur site au mois de juin ; 300 établissements devraient être contrôlés au deuxième semestre 2006. Les résultats des contrôles sont centralisés par la CMAMTS tous les mois.

La circulaire du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalière de moins d'une journée devrait

permettre de lever certaines ambiguïtés et d'harmoniser les pratiques de facturation de GHS au titre de ces activités.

On peut enfin signaler qu'une réflexion est actuellement engagée, sous l'égide du Conseil de l'hospitalisation, sur la manière de procéder à un recadrage des missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation (MIGAC), selon trois axes :

- la redéfinition de la notion de mission d'intérêt général ;
- la constitution, pour chaque mission d'intérêt général, d'un guide méthodologique à destination des ARH ;
- l'amélioration de la valorisation par les ARH grâce à la standardisation des coûts.

Les résultats de ces travaux sont attendus courant 2006.

2. En 2007 : extension à la chirurgie ambulatoire et augmentation à 50 % de la part tarifée

L'année 2007 sera donc la troisième année d'application du nouveau mode de financement des établissements de santé.

L'article 39 du projet de loi prévoit quelques aménagements au modèle :

- Il étend le champ d'application de la tarification à l'activité aux activités de MCO des hôpitaux militaires qui relèvent du service de santé des armées.

- Il supprime progressivement, au maximum en trois ans, le coefficient de haute technicité dont bénéficient les établissements de santé privés titulaires, au moment de l'entrée en vigueur de la T2A, de lits de chirurgie à soins particulièrement coûteux en chirurgie, les sommes afférentes (200 millions d'euros en 2005) devant être redéployées dans les tarifs de GHS et les suppléments de tous les établissements de santé exerçant les activités concernées. Cela permettra d'accroître un peu la portée des tarifs dans les cliniques. Cette orientation ainsi que la suppression du coefficient de haute technicité étaient préconisées par le récent rapport de la MECSS sur la T2A.

- Il supprime l'agrément ministériel et l'opposabilité à l'autorité de tarification des conventions collectives de travail applicables aux salariés des établissements de santé privés à but non lucratif. Cette disposition vise à établir l'égalité de traitement entre tous les établissements et à donner davantage de responsabilité aux gestionnaires dans la conduite de leurs politiques salariales et sociales.

- Il ramène la date d'entrée en vigueur des forfaits annuels qui rémunèrent les activités de prélèvements, de transplantations et d'urgence du 1^{er} mars au

1^{er} janvier de l'année, les différentes dotations et forfaits entrant désormais en vigueur le 1^{er} janvier.

– Enfin, il prend acte du retard dans la mise en place de la facturation directe aux caisses d'assurance maladie et proroge, en conséquence, pour au maximum deux années, le régime transitoire de facturation par l'intermédiaire des ARH et les règles de calcul du ticket modérateur.

D'autres mesures qui ne sont pas prévues par le projet de loi devraient être mise en œuvre en 2007.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a annoncé, lors de son audition par la commission, que le taux de la fraction tarifée devrait être fixé à 50 % en 2007 pour les activités de MCO des établissements anciennement financés par dotation globale.

En outre, à compter du 1^{er} janvier 2007, les actes de chirurgie ambulatoire seront intégralement facturés en tarifs nationaux. Il reste encore à préciser, d'ici à la fin de l'année 2006, les actes entrant dans le champ de la T2A.

Par ailleurs, de premières expérimentations de tarification à l'activité des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) seront conduites.

Les travaux préparatoires concernant la valorisation des activités en psychiatrie (VAP) seront poursuivis, avec comme perspective des expérimentations en 2008.

B. L'ONDAM POUR 2007 DOIT PERMETTRE DE CONCILIER LA NÉCESSAIRE RÉGULATION DES DÉPENSES ET LA POURSUITE DE LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Les dépenses hospitalières ont enregistré des dépassements significatifs depuis 2005

À titre liminaire, il convient de rappeler que les dépenses hospitalières font l'objet de deux sous-objectifs au sein de l'ONDAM.

L'objectif relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité comprend tout d'abord les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés (à l'exception des hôpitaux locaux), ainsi que la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Le deuxième objectif concernant les « autres dépenses relatives aux établissements de santé » est constitué par :

– l'objectif des dépenses d'assurance maladie afférentes aux activités de soins de suite de réadaptation et de psychiatrie (secteur public), des unités de soins

de longue durée (USLD), qui ont été réintégrées en 2006 au sein des dépenses des établissements de santé, des hôpitaux locaux et de quelques établissements spécifiques (service de santé des armées ; Institut nationale des Invalides ; établissements de Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon ; établissements dispensant des soins aux détenus) ;

– du reliquat de l'objectif quantifié national (OQN) afférent aux activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et de psychiatrie (cliniques privées) ;

– du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ; d'autres dépenses du secteur public et privé (USLD privées par exemple).

En 2005, les versements aux établissements de santé ont progressé de + 4,4 %, correspondant à un dépassement par rapport à l'objectif de plus de 790 millions d'euros, dont 350 millions d'euros pour les hôpitaux publics et 440 millions d'euros pour les cliniques privées, selon la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Selon la Cour des comptes ⁽¹⁾, les causes de ce dépassement tiennent à la fois à la construction même de l'ONDAM hospitalier, qui a été très étalée dans le temps en raison des difficultés soulevées par la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), mais aussi aux décisions prises en cours de campagne, concernant notamment la hausse des crédits affectés au plan urgences ou encore l'augmentation non prévue du point de la fonction publique hospitalière en 2005.

Pour l'année 2006, les établissements de santé présentent un risque de dépassement estimé à 120 millions d'euros environ par rapport aux objectifs initiaux, après prise en compte des mesures correctrices annoncées par le ministre de la santé le 5 septembre dernier. Suite à la recommandation du Conseil de l'hospitalisation en juillet, il a en effet été décidé que 115 millions d'euros concernant les dotations hospitalières conservées en réserve de précautions ne seraient pas délégués et que le montant définitif des délégations ne serait arrêté qu'au vu des résultats complets du premier semestre 2006.

Par ailleurs, le dépassement prévisionnel pourrait atteindre 300 millions d'euros pour la part des dépenses financées à l'activité. En particulier, les dépenses des cliniques privées connaîtraient le même dynamisme que l'année passée avec une progression de l'ordre de 5,6 % en dates de soins sur les six premiers mois, selon la Commission des comptes de la sécurité sociale. En définitive, les mesures engagées en septembre dernier, comportant notamment une baisse des tarifs des établissements de santé privés à hauteur de 60 millions d'euros sur les trois derniers mois de l'année 2006, devraient permettre de ramener ce dépassement à 240 millions d'euros.

(1) Rapport de la Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2006.

Toutefois, s'il est vrai que l'ONDAM hospitalier ne justifie plus désormais les critiques, de façon schématique, faisaient de lui un chèque en blanc à cette « boîte noire » qu'évoquait M. Bertrand Fragonard ⁽¹⁾, le rapporteur souligne cependant la nécessité d'améliorer la transparence et la fiabilité des informations comptables et statistiques permettant un suivi rigoureux des dépenses d'assurance maladie du secteur hospitalier.

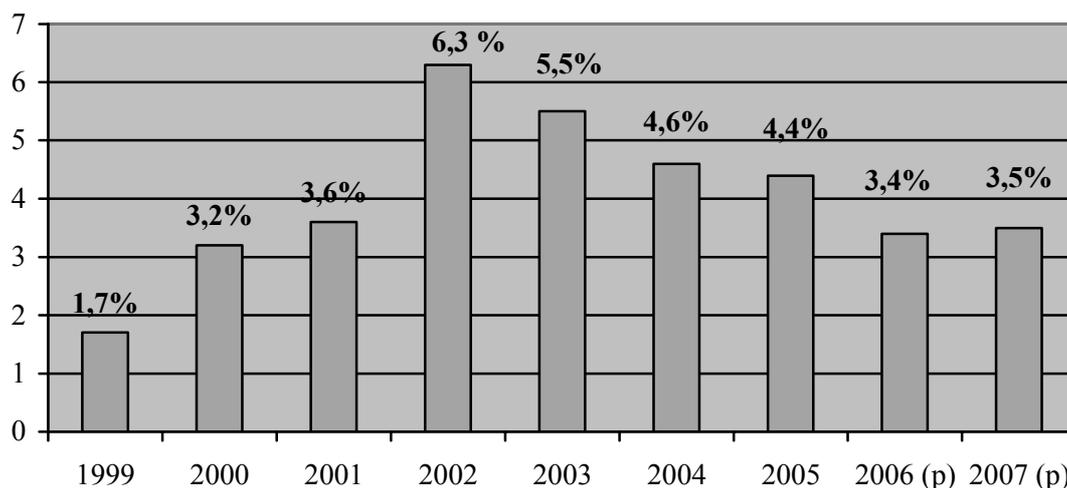
La Cour des comptes a en effet justement souligné que cette insuffisance de fiabilité a des répercussions tant sur les prévisions que sur le constat des réalisations, ce qui « *prive l'ONDAM d'une grande partie de sa fonction de régulation* ».

2. Près de deux milliards d'euros supplémentaires sont consacrés aux établissements de santé en 2007

Depuis 2002, les dépenses consacrées au secteur hospitalier public et privé ont fortement augmenté. Ces dépenses supplémentaires représentent un effort financier de plus de 11 milliards d'euros sur cinq ans (2002-2007) pour les établissements de santé.

Le projet de loi vise à poursuivre cette dynamique, en proposant d'augmenter cette enveloppe de plus de 2 milliards d'euros, pour atteindre 65 milliards d'euros en 2007, ce qui représente une augmentation de 3,5 %, soit un taux sensiblement supérieur à la croissance moyenne des dépenses de santé.

Évolution des dépenses hospitalières relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) depuis 1997



Source : graphique réalisé d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006

(1) Lors de son audition par la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie, le 5 avril 2006.

Selon le ministère de la santé, près de 850 millions d'euros supplémentaires seront consacrés en 2007 à l'amélioration de la rémunération et des conditions de travail du personnel des établissements de santé. Par ailleurs, plus de 400 millions d'euros supplémentaires seront consacrés à des créations d'emplois, essentiellement de personnel soignant recruté pour faire face aux besoins de santé publique, qui ont fait l'objet de programmes gouvernementaux particulièrement ambitieux dans le domaine des urgences, de la périnatalité, du cancer, de la santé mentale ou encore de l'addictologie.

Parallèlement, pour contenir la progression de l'ONDAM à 2,5 % en 2007, le projet de loi prévoit la réalisation de plus de 450 millions d'euros d'économies dans le domaine des établissements de santé.

Elles reposent d'une part sur une revalorisation du forfait journalier de 15 à 16 euros, décidée en 2004, (100 millions d'euros) et sur les effets reports de l'institution d'un ticket modérateur plafonné à 18 euros pour l'ensemble des actes et séjours précédemment exonérés pour les actes d'une valeur supérieure à 91 euros, introduite par la précédente loi de financement de la sécurité sociale. Enfin, la poursuite des efforts d'amélioration de la gestion interne doit permettre de générer près de 275 millions d'euros.

3. L'effort d'investissement hospitalier sera soutenu

La réforme hospitalière vise à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets, en simplifiant la gestion et en desserrant notamment le carcan des règles d'achats publics pour accélérer les investissements, et à renforcer les capacités d'innovation et d'adaptation des établissements, mais aussi leur fournir les moyens de leur développement.

Les investissements générés par le plan « Hôpital 2007 », qui prévoyait 10,2 milliards d'euros d'investissements supplémentaires et 6 milliards d'euros d'aides en capital et frais de fonctionnement, se déploient aujourd'hui à un rythme proche des prévisions. En effet, pour les trois premières années de sa mise en oeuvre, l'objectif régional pluriannuel d'investissement (ORPI) réalisé est de 3,9 milliards d'euros soit près de 40 % du plan, comme l'indique le tableau présenté ci-après.

Évolution depuis 2003 de l'exécution du plan « Hôpital 2007 »

(en milliers d'euros)

	2003	2004	2005*	2006	2007	Total
ORPI* prévisionnel	919 350	1 794 733	2 582 277	2 572 970	2 292 021	10 161 351
ORPI* réalisé	810 851	1 455 869	1 695 000			3 961 720
Taux de réalisation	88 %	81 %	66 %			39 %

* Objectif régional pluriannuel d'investissement (ORPI)

Source : site Internet de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MNAIH)

Ces données financières et l'état d'avancement technique des opérations permettent de confirmer qu'à la fin 2007, l'essentiel des projets sera engagé de manière définitive, le nombre d'opérations abandonnées ou encore en phase d'étude restant encore limité.

À cet égard, les moyens importants consacrés aux établissements de santé, publics comme privés, doivent avoir pour corollaire une meilleure valorisation de leur patrimoine. C'est pourquoi le projet de loi prévoit qu'une partie des produits de cession, à hauteur de 115 millions d'euros, sera reversée à l'assurance maladie en vue de contribuer au financement des investissements hospitaliers.

Dans le même sens, l'article 50 du projet de loi prévoit également de permettre au FMESPP de verser des avances récupérables aux établissements de santé dans le cadre d'opérations de modernisation, de restructuration ou de réorganisation de l'offre de soins. Le financement d'activités nouvelles et de certaines opérations d'investissement requière en effet dans certains cas, non pas des subventions, mais uniquement des avances sur les recettes qu'induiront le démarrage de l'activité ou la mise en service d'un équipement. Or l'Etat ne dispose pas actuellement d'instrument financier permettant de faire ces avances aux établissements de santé.

4. Le régime d'autorisation d'exercice sera adapté pour certains praticiens hospitaliers à diplôme hors Union européenne (PADHUE)

Le projet de loi propose d'adapter la procédure d'autorisation d'exercice des professions médicales à diplôme hors Union européenne afin de faire évoluer la situation des praticiens qui exercent depuis de nombreuses années dans les établissements de santé français.

Certains d'entre eux exercent en effet sous le statut de praticien associé, alors même que dans les faits, ils exercent des fonctions analogues aux praticiens hospitaliers, de manière tout à fait autonome. Ce problème se pose tout particulièrement pour les médecins recrutés en qualité de « faisant fonctions d'interne ». Or, comme l'a souligné la Haute autorité de lutte contre les

discriminations (HALDE), dans sa délibération du 27 février 2006, c'est bien « dans l'exploitation qui est faite de leur absence de statut alors même que leurs responsabilités concrètes sont identiques, que la discrimination à leur égard trouve sa source ».

Les infractions à l'autorisation d'exercice s'agissant des médecins titulaires d'un diplôme hors Union Européenne

« Les irrégularités concernent plus particulièrement les conditions d'emploi des médecins recrutés en qualité de « faisant fonctions d'interne ». En principe ces médecins ont une attestation de formation spécialisée (AFS) ou une attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA), délivrée pour une courte durée (de six mois à un an). Ils ont vocation à occuper des postes d'interne agréés par la faculté et non pourvus par des internes des facultés de médecine. Or, dans les établissements confrontés à des pénuries, les « faisant fonctions d'interne » occupent des postes d'assistant, voire de praticien, tout en ayant la rémunération correspondant à leur statut, soit un montant mensuel net de 1 365 € auquel s'ajoutent les indemnités de permanence des soins (113 € par garde effectuée). Leur attestation de formation est renouvelée année après année, moyennant des pratiques de faux redoublements ou d'inscriptions successives dans différentes disciplines. Le nombre de « faisant fonctions d'interne » a très fortement augmenté au cours des dix dernières années, passant de 765 en 1994 à 4 009 en 2004, soit une hausse de 424 %, selon les données du ministère de l'éducation nationale. Une autre source, celle de « l'administration universitaire francophone et européenne en médecine et odontologie » (AUFEMO), indique des effectifs plus nombreux avec 4 418 médecins étrangers inscrits en AFS et AFSA pour l'année universitaire 2004-2005.

Une première vue d'ensemble du phénomène de l'emploi dans les hôpitaux de titulaires d'un diplôme de médecine obtenu hors de l'Union européenne et disposant d'une autorisation restreinte d'exercice a été donnée à l'automne 2005 par les résultats d'une enquête diligentée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). 25 des 26 Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ont élaboré une synthèse régionale sur la base des réponses reçues. Le questionnaire de l'enquête a été rempli par 76 % des établissements interrogés. (...) Les résultats sont à manier avec précaution en raison de certains biais de l'enquête (...). Sous ces réserves, les médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne avec un autorisation restreinte d'exercice et déclarés par les établissements ayant répondu à l'enquête étaient au nombre de 6 750 au début de l'année 2005 (...). La répartition par statut montre que 48 % des médecins avaient le statut de « faisant fonctions d'interne » préparant une AFS/AFSA, 28 % celui de praticien attaché associé et 15 % celui d'assistant associé. 91 % étaient ainsi employés sous un statut prévu par la loi. Les 9 % restant, classé en « autres » (soit 614 médecins), exercent irrégulièrement et/ou sur des postes non agréés ; cette catégorie « autres » est particulièrement importante en Nord-Pas-de-Calais (24 %) et dans le Limousin (19 %).

Source : rapport de la Cour des comptes sur les personnels des établissements publics de santé (mai 2006)

L'article 41 du projet de loi vise à remédier à cette situation, en prévoyant la mise en place d'une procédure dérogatoire d'autorisation, qui prendra la forme d'un examen, et non pas d'un concours, dès lors que les praticiens remplissent

certaines conditions relatives à la durée d'exercice et à la date de recrutement dans un établissement de santé. Les modalités pratiques de cet examen permettront par ailleurs de mieux prendre en compte leur expérience professionnelle, afin de répondre aux attentes légitimes des praticiens titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne, tout en garantissant le respect des exigences de qualité requises pour l'exercice de la médecine.

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

La redéfinition par loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a modifié le cadre de gestion des dépenses de prestations sociales et médico-sociales. Doivent désormais être distinguées, d'une part, les dépenses des établissements et services pour personnes âgées dépendantes et pour personnes handicapées qui relèvent du champ de compétence de la CNSA et, d'autre part, les dépenses des autres établissements médico-sociaux, à savoir les centres de cure ambulatoire en alcoologie, les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les appartements de coordination thérapeutique, les centres de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les lits halte soins santé. Ces deux catégories de dépenses relèvent de deux objectifs de dépenses distincts.

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

L'année 2006 est la première année de plein exercice des attributions définitives de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Depuis le 1^{er} janvier 2006 la CNSA est cependant sortie du périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale. En effet, jusqu'en 2005, la CNSA était considérée comme un organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ; elle est désormais un simple organisme affectataire des crédits de l'ONDAM médico-social destinés aux établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées et un répartiteur entre les départements des fonds recueillis par l'Etat au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation et des maisons des personnes handicapées. Ses crédits et son activité sont simplement retracés dans un rapport annexe du projet de loi.

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

établissements et services et fixe leurs tarifs (prix de journée, dotation globale ou forfaits journaliers). La CNSA a procédé à la première répartition en dotations limitatives le 15 février 2006.

Par ailleurs, l'année 2006 est la première année de mise en œuvre de la réforme du lien entre autorisation et financement introduite par l'article 5 de l'ordonnance de simplification n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005. Ce nouveau dispositif vise à permettre l'autorisation de créations de places par anticipation, comme le demandaient de très nombreux établissements et services dont l'extension ou la création était bloquée par la rigueur de la règle de l'annualité budgétaire qui empêchait de faire avancer des dossiers en raison de l'absence de dotation budgétaire. Ainsi, en application de l'article L. 314-3-4 du code de l'action sociale et des familles, le montant indicatif des crédits de fonctionnement prévisionnels des établissements médico-sociaux relevant du champ de compétence de la CNSA ou de certaines catégories d'entre eux peut être fixé par arrêté, conformément aux objectifs figurant pour les quatre années à venir dans le rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale. Le montant de cette enveloppe a été fixé à respectivement 34 millions d'euros au titre des établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes et 92 millions d'euros au titre des établissements et services accueillant des personnes handicapées. Elle correspond à l'anticipation de la tranche 2007 des plans nationaux de création de places d'établissements.

Définition des charges de la CNSA et affectation de ses ressources

	Charges financées par la section	Ressources affectées à la section ou sous-section
Section I	Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux à tarification fixée par l'Etat soumis à l'objectif de dépenses arrêté par la CNSA au travers de dotations départementales limitatives en application du III de l'article 314-3 du code de l'action sociale et des familles	
Sous-section I-1 (*)	Financement des établissements accueillant principalement des personnes handicapées	Une fraction au moins égale à 10 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
		Une fraction au moins égale à 10 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité) (*)
		Une part de la contribution des régimes d'assurance maladie destinée à financer ces établissements et services, arrêtée au sein de l'ONDAM par le gouvernement
Sous-section I-2	Financement des établissements accueillant principalement des personnes âgées dépendantes	40 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
		40 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité)
		Une part de la contribution des régimes d'assurance maladie destinée à financer ces établissements et services, arrêtée au sein de l'ONDAM par le gouvernement
	Financement des groupes d'entraide mutuelle (<i>art.51, LFSS 2006</i>)	Contribution d'un fonds de concours de l'Etat (<i>art.51, LFSS 2006</i>)
Section II	Financement, dans la limite des ressources, des concours versés aux départements pour couvrir une partie du coût de l'APA	20 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
		20 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité)
		Une participation des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse
		Une fraction de 0,1 point du produit de la contribution sociale généralisée (CSG) diminuée du montant affecté à la 4 ^e section
Section III	Financement, dans la limite des ressources, des concours versés aux départements pour couvrir tout ou partie du coût de la prestation de compensation instituée au bénéfice des personnes handicapées par l'article 12 de la loi du 11 février 2005. Subvention due à la CNAF pour le financement de la majoration spécifique de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (<i>art.51, LFSS 2006</i>).	Une fraction au moins égale à 30 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
		Une fraction au moins égale à 30 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité)
Section IV (*)	Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées (dépenses de modernisation des	5 à 12 % de la fraction de 0,1 point du produit de la CSG, fixée par arrêté ministériel

	Charges financées par la section	Ressources affectées à la section ou sous-section
	services ou de professionnalisation des métiers, dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services)	
Section V	Financement des autres dépenses de la caisse. Financement d'opérations d'investissement et d'équipement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et services dont les dépenses relèvent de l'objectif géré par la CNSA (art.51, LFSS 2006)	Crédits non dépensés fin 2005 de 500 millions d'euros, répartis en 350 millions pour les établissements et services pour personnes âgées et 150 millions pour ceux destinés aux personnes handicapées (art.51, LFSS 2006)
Sous-section V-1	Dépenses de la caisse en faveur des personnes âgées dépendantes (dépenses d'animation et de prévention dans les domaines de la CNSA en faveur des personnes âgées)	Une fraction, fixée par arrêté des ministres de la sécurité sociale et du budget, des ressources de la 2 ^e sous-section de la 1 ^{re} section
Sous-section V-2	Dépenses de la caisse en faveur des personnes handicapées (concours versés aux départements pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées)	Une fraction, fixée par arrêté des ministres de la sécurité sociale et du budget, des ressources de la 1 ^{re} sous-section de la 1 ^{re} section
Section VI	Frais de gestion	Prélèvement sur les contributions affectées à la CNSA et les participations des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie

(*) L'article 46 du projet de loi étend aux personnes handicapées le champ d'intervention de la section IV et redistribue entre les sections I et IV la fraction des ressources de la section I tirées de la journée de solidarité et affectée aux établissements et services d'accueil des personnes handicapées pour financer les nouvelles charges de la section IV.

Le montant des dépenses et l'affectation des ressources pour couvrir ces charges ont été le suivant en 2005.

Budget définitif (exécuté) de la CNSA pour 2005

(en millions d'euros)

Charges		Ressources	
Section I : Actions en faveur des personnes âgées			
Contribution aux régimes de base d'assurance maladie	374,14	Contribution de solidarité pour l'autonomie	779,46
Dépenses d'animation et de prévention	2,79		
Abondement de fonds de concours (1)	50,00		
Charges techniques	4,75		
Abondement de la section 5	2,23		
Excédent	345,23		
Total section I	779,46	Total section I	779,46
Remboursement solde de l'emprunt FFAPA 2003	177	Excédent 2004 de la section I « Remboursement de l'emprunt FFAPA »	177
Charges financières de la section I	0,33		
Section II : Actions en faveur des personnes handicapées			
Contribution aux régimes de base d'assurance maladie	150,00	Contribution solidarité autonomie	779,46
Accélération du plan autisme	0		

Charges		Ressources	
Abondement pour divers fonds de concours	459,17		
Charges techniques	0		
Abondement de la section 5	2,23		
Excédent	163,32		
Total section II	779,46	Total section II	779,46
Section III: Concours aux départements pour le financement de l'APA			
Concours exceptionnel 2003 aux départements	2,29	Contribution sociale généralisée non déductible	892,66
Concours 2005 aux départements	1 341,08	Contribution de solidarité autonomie	389,73
Charges techniques	10,04	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	62,25
		Produits financiers	2,77
		Produits exceptionnels	6,01
Total section III	1 353,41	Total section III	1 353,41
Section IV : Modernisation de l'aide à domicile aux personnes âgées			
Dépenses de modernisation des services	29,73	Contribution sociale généralisée non déductible	47,08
Charges techniques	0,40	Produits exceptionnels	1,69
Excédent	18,64		
Total section IV	48,77	Total section IV	48,77
Section V : Frais de gestion			
Dépenses de fonctionnement	4,11	Prélèvement sur les ressources des sections 1 et 2	4,46
<i>dont charges de personnel</i>	<i>2,58</i>		
Dépenses d'investissement	0,38	Produits exceptionnels	0,03
Total section V	4,49	Total section V	4,49
TOTAL des charges	2 433,96	TOTAL des ressources	2 961,14
Excédent (mis en réserve)	527,18		

(1) Fonds de concours pour l'investissement et l'équipement des établissements, contribution financière en faveur des personnes souffrant de troubles de la désorientation ainsi que pour les mises aux normes techniques.

Source : CNSA

Le budget de la CNSA en cours d'exécution pour 2006 est le suivant.

Budget révisé de la CNSA pour 2006

(en millions d'euros)

Charges		Ressources	
Section I : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux			
Total des charges de la section 1	11 991,74	Total des ressources de la section 1	11 991,74
Sous-section I-1 : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes handicapées			
Dépenses des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6 856,90	Fraction de contribution solidarité autonomie	254,70
Fonds de concours GEM	20,00	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6 629,80
Diverses charges techniques	0,70		
Contribution pour la section 6	6,90		
Total des charges sous-section I-1	6 884,50	Total des ressources sous-section I-1	6 884,50
Sous-section I-2 : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes			
Dépenses des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	4 883,09	Fraction contribution solidarité autonomie	799,60
Abondement exceptionnel	18,64	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	4 289,00
Prélèvement pour dépenses section 5	10,00	Utilisation de l'excédent 2005 de la section	18,64
Contribution pour la section 6	5,09		
Diverses charges techniques	2,08		
Mise en réserve (excédent)	188,34		
Total des charges sous-section I-2	5 107,24	Total des ressources sous-section I-2	5 107,24
Section II : Financement de l'APA			
Concours aux départements	1 399,22	Fraction CSG	935,30
Diverses charges	3,47	Fraction contribution solidarité autonomie	399,80
Contribution pour la section 6	1,41	Participation des régimes vieillesse	64,00
		Produits financiers	5,00
Total des charges section II	1 404,10	Total des ressources section II	1 404,10
Section III : Financement de la prestation de compensation			
Concours au titre de la PCH	502,95	Fraction contribution solidarité autonomie	544,90
Concours au titre des MDPH	20,00	Produits financiers	5,00
Remboursement CNAF au titre de la majoration AEEH	15,00		
Diverses charges	1,40		
Contribution pour la section 5	10,00		
Contribution pour la section 6	0,54		
Total des charges section III	549,90	Total des ressources section III	549,90
Section IV : Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées			
Dépenses de modernisation	59,49	Fraction CSG	59,70
Diverses charges	0,15		
Contribution pour section 6	0,06		
Total des charges section IV	59,70	Total des ressources section IV	59,70
Section V : Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie			
Total des charges section V	532,94	Total des ressources section V	532,94
Sous-section V-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses d'animation, prévention et	10,00	Prélèvement sur la sous-section 2 de la	10,00

Charges		Ressources	
études		section 1	
Plan d'aide à la modernisation des établissements	349,62	Utilisation des excédents 2004 et 2005 de la CNSA	349,62
Total des charges sous-section V-1	359,62	Total des ressources sous-section V-1	359,62
Sous-section V-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses d'animation, prévention et études	10,00	Prélèvement sur la section 3	10,00
Plan d'aide à la modernisation des établissements	150,00	Utilisation des excédents 2004 et 2005 de la CNSA	163,32
Financement STAPS	2,52		
Autres actions	10,80		
Total des charges sous-section V-2	173,32	Total des ressources sous-section V-2	173,32
Section VI : Frais de gestion			
Dépenses de fonctionnement	6,55	Prélèvements sur les sections 1 à 4	14,00
Charges de personnel	6,95		
Immobilisations	0,50		
Total des charges section VI	14,00	Total des ressources section VI	14,00
TOTAL DES CHARGES	13 329,54	TOTAL DES RECETTES	14 518,37
		Excédent 2006	188,83

Source : ministère de la santé (état du budget en septembre 2006).

Le budget prévisionnel pour 2007 est le suivant.

Projet de budget primitif de la CNSA pour 2007 (octobre 2006)

(en millions d'euros)

Charges		Ressources	
Section I : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux			
Total des charges de la section 1	12 902,5	Total des ressources de la section 1	12 902,5
Sous-section I-1 : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes handicapées			
Remboursements aux régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM <i>(dont contribution CSA nette : 236,00 M€)</i>	7 211,0	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	277,50
Fonds de concours GEM	20,0	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	6 975,0
Contribution pour la section 4-2	11,9		
Contribution pour la section 6	6,8		
Atténuation de recettes	1,6		
Contribution pour frais de collecte ACOSS de la CSA (0,5 %)	3,6		
Total des charges sous-section I-1	7 252,5	Total des ressources sous-section I-1	7 252,5
Sous-section I-2 : Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes			
Remboursement aux régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM <i>(dont contribution CSA nette : 894,00 M€)</i>	5 626,0	Fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	871,2
Prélèvement pour dépenses section 5-1	10,0	Crédits des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM	4 732,0
Contribution pour la section 6	5,3	Utilisation de l'excédent 2006 de la	46,8

Charges		Ressources	
		CNSA	
Atténuation de recettes	5,1		
Contribution pour frais de collecte ACOSS de la CSA (0,5 %)	3,6		
Total des charges sous-section I-2	5 650,0	Total des ressources sous-section I-2	5 650,0
Section II : Financement de l'APA			
Concours aux départements	1 451,3	Fraction contribution solidarité autonomie	435,6
Congé de soutien familial	5,7	Fraction de CSG	969,1
Contribution pour la section 6	1,4	Participation des régimes vieillesse	64,5
Atténuation de recettes	10,8	Produits financiers	6,1
Contribution pour frais de collecte ACOSS de la CSA (0,5 %)	6,1		
Total des charges section II	1 475,3	Total des ressources section II	1 475,3
Section III : Financement de la prestation de compensation			
Concours au titre de la PCH	538,3	Fraction contribution solidarité autonomie	593,7
Concours au titre des MDPH	30,0	Produits financiers	6,1
Remboursement CNAF au titre de la majoration AEEH	15,0		
Contribution pour la section 5-2	10,0		
Contribution pour la section 6	0,6		
Atténuation de recettes	3,5		
Contribution pour frais de collecte ACOSS de la CSA (0,5 %)	2,5		
Total des charges section III	599,8	Total des ressources section III	599,8
Section IV : Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service			
Total des charges section IV	73,7	Total des ressources section IV	73,7
Sous-section IV-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	61,0	Fraction de CSG	61,9
Contribution pour la section 6	0,1		
Atténuation de recettes	0,5		
Contribution pour frais de collecte ACOSS de la CSA (0,5 %)	0,3		
Total des charges sous-section IV-1	61,9	Total des ressources sous-section IV-1	61,9
Sous-section IV-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section 1	11,9
Total des charges sous-section IV-2	11,9	Total des ressources sous-section IV-2	11,9
Section V : Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie			
Total des charges section V	20,0	Total des ressources section V	20,0
Sous-section V-1 : Financement des actions en faveur des personnes âgées dépendantes			
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section 1	10,0
Total des charges sous-section V-1	10,0	Total des ressources sous-section V-1	10,0
Sous-section V-2 : Financement des actions en faveur des personnes handicapées			
Dépenses d'animation, prévention et études	10,0	Prélèvement sur la section 3	10,0
Total des charges sous-section V-2	10,0	Total des ressources sous-section V-2	10,0

Charges		Ressources	
Section VI : Frais de gestion			
Dépenses de fonctionnement	6,7	Prélèvements sur les sections 1 à 4	14,1
Charges de personnel	7,1		
Immobilisations	0,3		
Total des charges section VI	14,1	Total des ressources section VI	14,1
TOTAL DES CHARGES	15 039,1	TOTAL DES RECETTES	14 992,6
		Excédent 2007	46,5

Source : ministère de la santé et des solidarités

Le 10 juillet 2006, la Cour des Comptes a rendu public son rapport sur la mise en place et l'affectation des ressources de la CNSA. Ce rapport constate que les nouvelles recettes créées en 2004, en particulier celles tirées de la journée de solidarité, ont bien été intégralement affectées à la caisse. Il conclut que : « *les craintes qui ont pu être exprimées sur l'affectation des nouvelles ressources de la contribution de solidarité ne sont pas fondées : elles bénéficient bien intégralement aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées. Un "effet vignette" n'est pas à craindre* ».

Pour 2006 et 2007, les prévisions de recettes de la journée de solidarité sont les suivantes (estimation de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006)

Emploi du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie

<i>(en millions d'euros)</i>	2006	2007
Financement des établissements pour personnes âgées dépendantes	594	894
Financement des établissements pour personnes handicapées	227	236
Concours aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	415	425
Concours aux départements pour le financement de la prestation de compensation du handicap et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées	549	565
TOTAL	2 095	2 178

Source : ministère de la santé et des solidarités (septembre 2006)

La CNSA est donc devenue l'opérateur privilégié du pilotage budgétaire et financier des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes et personnes handicapées. Une convention d'objectifs et de gestion a été signée le 23 janvier 2006 ; elle a précisé les missions de la caisse et défini les obligations respectives de l'Etat et de la CNSA. En particulier, la CNSA est chargée de mettre en place, avec le concours de l'Etat et de l'assurance maladie, un système d'information qui permette de mesurer et de suivre l'évolution des dépenses et d'analyser les écarts entre les objectifs et les réalisations (objectif 1-5 de la convention). La mise en place d'un tel système d'information apparaît indispensable dans un contexte d'évolution très dynamique des dépenses d'assurance maladie en faveur du secteur médico-social par rapport au rythme de progression des recettes afin de répondre à l'évolution quantitative et qualitative des besoins de la population.

Pour 2006, l'objectif de dépenses délégué à la CNSA est fixé à 11 856 millions d'euros compte tenu d'une contribution des régimes d'assurance maladie de 11 035 millions et de 821 millions de produits prévisionnels de la contribution de solidarité pour l'autonomie (594 millions pour les personnes âgées dépendantes et 227 millions pour les personnes handicapées), correspondant à un taux d'évolution annuelle de 9,12 %. Le montant des dépenses encadrées évolue quant à lui comme suit :

***Evolution du montant de l'objectif de dépenses délégué à la CNSA
et des dépenses encadrées***

(en millions d'euros courants)

	Objectif de dépenses	Dépenses encadrées
Année 1999	6 696	7 258
Année 2000	7 195	7 654
Année 2001	7 703	8 189
Année 2002	8 293	8 769
Année 2003	9 041	9 565
Année 2004	9 827	10 229
<i>dont contribution de la CNSA</i>		<i>145</i>
Année 2005	10 939	11 179
<i>dont contribution de la CNSA</i>		<i>524</i>
Année 2006	11 856	12 098

Source : ministère de la santé et des solidarités

a) L'action en faveur des personnes âgées

Les montants dégagés au profit du secteur médico-social ont permis en 2006 de poursuivre la médicalisation des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'assurer, voire dans certains cas d'accélérer, la mise en œuvre des plans pluriannuels de créations de places et de structures.

Le plan « Vieillesse et solidarités » de 2003 a permis le financement d'environ 1 400 conventions tripartites (outre les effets de report des conventions signées au 31 décembre 2005) ainsi que la création d'environ 5 000 places nouvelles en établissements, 2 125 places d'accueil de jour, 1 125 places d'hébergement temporaire et 4 250 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Cet effort va être amplifié par le plan « solidarité-grand âge », présenté par le gouvernement le 27 juin 2006, qui prévoit le renforcement :

– des créations de places en établissements : 5 000 places en EHPAD seront créées chaque année ; le plan « Vieillesse et solidarités » avait prévu de créer 10 000 places en établissements entre 2004 et 2007 ; ce nombre a été atteint dès la fin de l'année 2005 ; l'objectif a donc pu être doublé pour 2007 grâce aux ressources tirées de la journée de solidarité pour l'autonomie ; le plan solidarité-grand âge représente donc un doublement du rythme actuel de créations de places ;

sur la durée du plan (2007-2012) le coût de cette mesure est estimée à 165 millions d'euros ;

– des créations de places à domicile : le nombre des places de SSIAD, qui sont actuellement limitées à 87 000, sera augmenté de 40 % sur cinq ans (2006–2010) ; dès 2006, 6 000 places seront créées ; sur 2007-2012 le coût de la mesure est estimé à 365 millions d'euros. A partir de 2010, 7 500 places de SIAD seront créées chaque année afin d'atteindre l'objectif de 232 000 places de SIAD en 2025 comme le préconise le rapport du Centre d'analyse stratégique « *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix* » ;

– des créations de places d'accueil de jour (2 500 par an) et d'hébergement temporaire (1 100 par an) afin d'apporter un soutien physique et matériel aux aidants familiaux qui souffrent trop souvent d'isolement et de fatigue ; sur 2007-2012 le coût de cette mesure est estimé à 90 millions d'euros ;

– de la médicalisation des EHPAD lors du renouvellement des conventions tripartites qui s'étale sur la période courant de 2007 à 2012 ; en particulier, le plan prévoit de porter de 0,57 à 1 le ratio moyen entre le nombre de professionnels soignants et le nombre de résidents dans les maisons de retraite accueillant les personnes âgées les plus dépendantes (GIR moyen pondéré supérieur à 800) ; ce ratio de 1 est actuellement celui applicable aux établissements accueillant des personnes handicapées ; sur 2007 à 2012, la dépense est estimée à 510 millions d'euros.

Au regard de l'action de soutien aux personnes âgées, les dépenses sociales et médico-sociales ne peuvent pas être totalement détachées des dépenses d'hôpital. Par son plan solidarité–grand âge, le gouvernement propose de parfaire la complémentarité entre l'accompagnement en hôpital et l'accompagnement en service social et médico-social lorsque la personne âgée sort de l'hôpital et surtout d'arrêter de reporter sur les structures d'urgence ou de spécialité médicale des prises en charge de pathologies propres aux personnes âgées. A cette fin, l'hôpital doit mettre en place une prise en charge gériatrique spécifique comportant une réorganisation de l'accueil des personnes âgées et la création de places :

– 1 000 lits supplémentaires en court séjour gériatrique, avec pour objectif d'avoir un lit pour mille habitants de plus de soixante-quinze ans ;

– 3 000 lits supplémentaires de services de soins de suite et de réadaptation, avec pour objectif d'avoir trois lits pour mille habitants de plus de soixante-quinze ans ;

– 950 places supplémentaires en hôpital de jour, avec pour objectif d'avoir une place pour deux mille habitants de plus de soixante-quinze ans ;

– 86 équipes mobiles de gériatrie à la disposition des urgences, des services de l'hôpital et des partenaires de la filière gériatrique (maisons de retraite, hospitalisation à domicile, SSIAD).

Ces mesures d'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées représentent sur cinq ans (2007-2012) une dépense de 400 millions d'euros.

b) L'action en faveur des personnes handicapées

Dans le cadre des plans adultes handicapés, la création de 2 250 places de SSIAD et de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, ainsi que de 2 500 places en maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé a été engagée.

Dans le cadre des plans enfance inadaptée, la création de 1 250 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), 180 places en établissement pour polyhandicapés, 250 places en établissement pour autistes, 120 places d'instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques, de 7 centres de ressources pour autistes, 22 centres médico-psycho-pédagogiques et de 22 centres d'action médico-sociale précoce.

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

Le montant des dépenses autorisées des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), des appartements de coordination thérapeutique (ACT), des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD) et des lits halte soins santé (LHSS), qui sont hors du champ de compétence de la CNSA, est arrêté chaque année sur la base d'un objectif de dépenses spécifique médico-social fixé en fonction de l'ONDAM voté par le Parlement. Cet objectif a été créé à partir du 1^{er} janvier 2006 afin de tirer les conséquences de la mise en place de l'objectif délégué à la CNSA qui exclut de son champ ces établissements médico-sociaux. Ce montant est ensuite réparti en dotations régionales limitatives, elles-mêmes réparties par le préfet de région, après avis du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et des préfets des départements, en dotations départementales limitatives.

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

V.- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

A. LE RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

1. Les accidents du travail et les maladies professionnelles connaissent des évolutions divergentes

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

a) Des accidents du travail moins nombreux mais plus graves

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

Sous l'effet d'importantes évolutions structurelles de la population active, qui comporte notamment de moins en moins de salariés et de personnes travaillant dans les industries lourdes ou l'agriculture, le nombre d'accidents du travail déclarés et reconnus a fortement décliné au cours des trente dernières années. Il a ainsi diminué de plus d'un tiers entre 1970 et 2000. La baisse du nombre d'accidents du travail survenus en 2000, confirmée en 2001, 2002 et 2003, se poursuit encore en 2004 et en 2005.

D'après les statistiques technologiques des accidents du travail et des maladies professionnelles de l'année 2004 publiées par la Caisse nationale de l'assurance maladie, les accidents du travail avec arrêt sont au nombre de 744 778, en baisse de 3,4 % par rapport à 2003.

La fréquence des accidents du travail avec arrêt diminue régulièrement. Ainsi, l'estimation de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt passe de 43 accidents avec arrêt pour 1 000 salariés en 2002 à 39,5 en 2004. Les données font apparaître une importante hétérogénéité sectorielle puisque l'indice de fréquence varie de 11,4 pour 1 000 dans le secteur des activités de service (banques, assurances...) à près de 92 pour 1 000 dans le secteur du BTP.

S'agissant des accidents graves, on dénombre 51 789 accidents ayant entraîné une incapacité permanente, en hausse de 6,2 % confirmant la tendance déjà observée en 2003 (+3,8 %) comme en 2002 (+ 9 %). Les secteurs les plus touchés sont ceux du travail temporaire et de l'alimentation avec respectivement 10 % et 8 % de hausse.

Les accidents mortels, au nombre de 626, représentent moins de 1 % des accidents et sont en baisse de 5,3 % par rapport à 2003.

Nombre d'accidents du travail

	2002 (données définitives)	2003 (données définitives)	2004 (données estimées)	2005 (données estimées)
Accidents survenus	1 313 811	1 185 291	1 157 715	1 147 819
Accidents avec arrêt	754 916	724 723	744 778	717 384
Accidents avec incapacité permanente	47 877	49 632	51 789	
Accidents mortels	635	685	626	429 (*)
Indice de fréquence des accidents avec arrêt	41,4	39,8	39,5	39,5

* Sur les trois premiers trimestres

Source : CNAMTS

b) Les accidents de trajet demeurent la principale cause des accidents du travail mortels

La baisse du nombre d'accidents de trajet enregistrée depuis 2000 s'est confirmée jusqu'en 2003. Les dernières estimations montrent que la baisse du nombre d'accidents se poursuit en 2004, tandis que l'année 2005 semble s'inscrire dans une tendance inverse.

Les accidents de la route demeurent toujours la principale cause de décès. Cependant, on constate depuis 2003 une baisse relative de la part représentative des accidents de la route dans les accidents du travail mortels (29,3 % en 2003, 27,8 % en 2004 et 25,5 % en 2005).

Nombre d'accidents de trajet

	2002 (données définitives)	2003 (données définitives)	2004 (données estimées)	2005 (données estimées)
Accidents survenus	121 337	113 918	112 253	115 208
Accidents avec arrêt	86 312	81 878	80 701	82 694
Accidents avec incapacité permanente	9 776	9 806	10 089	
Accidents mortels	613	519	487	349 (*)

* Données portant sur les trois premiers trimestres

Source : CNAMTS

c) Des maladies professionnelles reconnues en forte augmentation

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

Le nombre de maladies professionnelles (MP) demeure en augmentation. Il a augmenté de 16,7 % en 2002 par rapport au nombre de maladies professionnelles reconnues en 2001, puis de 7,1 % en 2003. Les résultats provisoires de 2004 sont d'ores et déjà en augmentation de 6,9 % par rapport à ceux de 2003.

Les efforts entrepris ces dernières années pour lutter contre la sous-déclaration des maladies professionnelles, et notamment l'actualisation de nombreux tableaux en 2005, qui a facilité les démarches administratives pour la reconnaissance de l'origine professionnelle des pathologies (les tableaux sur les affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales ou de fumée contenant des particules de fer, sur la broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de charbon et sur la broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de fer) expliquent sans doute pour partie l'augmentation constatée du nombre de MP reconnues.

Nombre de maladies professionnelles

	2002 (données définitives)	2003 (données définitives)	2004 (données estimées)	2005 (données estimées)
Maladies professionnelles constatées et reconnues	41 673	44 653	47 723	39 817
Maladies avec arrêt de travail	31 956	34 862	36 300	24 113
Maladies professionnelles avec incapacité permanente	13 444	15 713	19 155	
Maladies professionnelles mortelles	410	517	468	161

Source : CNAMTS

Le nombre de maladies dues à l'inhalation de poussières d'amiante représente 13,9 % des maladies professionnelles reconnues en 2003, 14,9 % en 2004 et 13,8 % en 2005. Les affections périarticulaires représentent 69,4 % des maladies professionnelles reconnues en 2003, 69,1 % en 2004 et 73,5 % en 2005. Les affections chroniques du rachis lombaire occupent toujours une part importante mais décroissante des maladies professionnelles s'élevant à 6,6 % en 2003, 5,9 % en 2004 et 5,2 % en 2005.

78 % des maladies professionnelles reconnues entraînent un arrêt de travail, ce taux étant en progression depuis 2001. La part des maladies professionnelles avec incapacité permanente parmi les maladies professionnelles reconnues ou parmi les maladies professionnelles avec arrêt a progressé en 2004, tout comme en 2002 et en 2003.

La part des maladies professionnelles avec incapacité permanente supérieure à 10 % en 2003 est demeurée stable par rapport à 2002 mais reste inférieure à celle observée dans les années 1998-2000. Cette part provient de l'augmentation rapide des maladies professionnelles du tableau 57 (affections périarticulaires) à faible incapacité permanente (souvent < 10 %) tandis que les maladies les plus graves augmentent moins vite.

2. L'amélioration de la prévention requiert une mobilisation de tous les acteurs

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

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

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

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

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

b) Le gouvernement met en œuvre son plan « Santé au travail »

Le plan santé au travail 2005-2009 a été présenté le 17 février 2005 et marque la volonté du gouvernement de faire de la santé au travail une priorité dans une logique de prévention. L'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 étend les compétences de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) en lui donnant une nouvelle attribution dans le domaine de la santé au travail. Sa dénomination a été modifiée pour devenir l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), qui doit fournir une expertise scientifique indépendante sur l'évaluation des risques en milieu professionnel.

L'année 2006 a été marquée par la mise en place de l'AFSSET. Le choix de l'AFSSE se justifie par un souci de synergie de l'expertise entre le milieu environnemental et le milieu professionnel, dont les produits étudiés et les méthodes d'évaluation des risques sont souvent très proches, tout en tenant compte des particularités de chaque milieu. L'agence a un statut d'établissement public de l'État, placé sous la tutelle des ministères en charge du travail, de la santé et de l'environnement. Les modalités de la nouvelle gouvernance de l'agence ont été définies par le décret n° 2006-676 du 8 juin 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En 2006, 8,6 millions d'euros de crédits ont été affectés spécifiquement à l'expertise scientifique et de la surveillance de la santé des travailleurs dans le milieu professionnel. Ces crédits ont permis le recrutement de vingt scientifiques de haut niveau, au profit du nouveau département « Santé au travail » de l'agence.

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

Des rapprochements et des synergies étroites sont ainsi recherchés entre l'AFSSET et l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui dispose d'une compétence générale de surveillance épidémiologique de la santé des populations et des travailleurs.

Dans le champ professionnel agricole, une coopération est aussi engagée avec l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), notamment en ce qui concerne l'évaluation des risques liés aux produits phytosanitaires confiée à cette agence par la loi du 5 janvier 2006 d'orientation agricole.

Enfin, l'ordonnance précitée du 1^{er} septembre 2005 modifie la composition du conseil scientifique et celle du conseil d'administration de l'AFSSET et y introduit, notamment, pour ce qui concerne le champ professionnel, des représentants des organisations d'employeurs et de salariés.

Le plan « Santé au travail » modernise également le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels qui constitue un élément central du système de reconnaissance de l'origine professionnelle des risques et lance

plusieurs chantiers pour promouvoir la culture de prévention en entreprise en concertation étroite avec ses acteurs et les partenaires sociaux.

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

c) La poursuite des actions de prévention dans le cadre des conventions nationales d'objectifs

La réussite de la prévention des risques professionnels dépend essentiellement de la mobilisation des partenaires sociaux qui, par secteur professionnel, définissent des conventions nationales d'objectifs dans lesquelles figurent des objectifs concrets de réduction des risques professionnels.

En 2004, 11 nouvelles conventions nationales d'objectifs ont été élaborées, tandis qu'en 2005, 7 conventions ont été signées. Chaque fois qu'une convention d'objectifs arrive à expiration, elle est dans un premier temps évaluée par les comités techniques nationaux aussi bien sur le plan quantitatif (nombre de contrats signés, numéro de risque concerné) que qualitatif (réalisations les plus emblématiques et apport de celles-ci pour la prévention) ce qui permet de faire progresser l'ensemble des entreprises du secteur dans la connaissance des risques professionnels et dans les moyens concrets de les réduire.

Les entreprises qui veulent souscrire au programme d'actions de prévention spécifique à leur branche d'activité, défini dans leur convention d'objectifs nationale ou régionale, peuvent conclure avec les caisses régionales d'assurance maladie des contrats de prévention qui transposent et mettent en œuvre au niveau local les objectifs généraux fixés à la branche dans la convention. En 2005, 1273 contrats de prévention ont été signés pour un investissement total de 169 millions d'euros, les entreprises finançant en moyenne 76 % de la dépense (soit 128 millions) et les caisses régionales prenant en charge le complément soit un montant de dépenses de 40,2 millions. L'augmentation du nombre de contrats de prévention et l'implication des branches professionnelles pour faire évoluer leur convention nationale d'objectifs (sept nouvelles conventions devraient aboutir en 2007) sont autant de signes que la prévention des risques professionnels progresse.

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

1. Le déficit de la branche accidents du travail et maladies professionnelles devrait se réduire en 2006

Équilibrée jusqu'en 2001, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) dégage depuis 2002 un résultat déficitaire. Si le déficit s'était réduit en 2004 de plus de 60 % (-184 millions d'euros), il s'est creusé en 2005 pour atteindre - 438 millions d'euros d'après le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006. Cette dégradation s'explique par une croissance des charges (+ 4,5 %) plus rapide que celle des produits (+ 1,8 %). La progression des charges repose en grande partie sur l'augmentation des dotations aux fonds amiante.

La Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006 fait remarquer que, malgré l'obligation d'équilibre de la branche posé par l'article L. 245-5 du code de la sécurité sociale, le taux de cotisation n'a pas été fixé en fonction des prévisions de dépenses, le gouvernement ayant renoncé à augmenter le taux net moyen de cotisation pour 2005.

Solde de la branche AT-MP du régime général entre 2000 et 2007

(en droits constatés et millions d'euros)

CNAM AT-MP	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Résultat	350	20	-45	-476	-184	-438	-40	85

Source : direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

Compte de la branche AT-MP – Évolution 2002-2007

en droits constatés et en milliards d'euros

Branche AT-MP	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Évolution 2002-2007
Charges	8,3	9,0	9,0	9,4	9,8	10,2	23 %
Prestations légales	6,1	6,3	6,5	6,6	6,8	6,9	13 %
Dotations aux fonds amiante	0,5	0,6	0,6	0,8	1,0	1,1	
Reversement branche maladie	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	37 %
Autres transferts de la branche (mines, salariés agricoles et FCAT)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	1 %
Autres charges	0,8	1,1	0,9	1,0	1,1	1,1	43 %
Produits	8,3	8,5	8,8	9,0	9,8	10,3	24 %
Cotisations	8,0	8,1	8,4	8,5	7,9	8,2	3 %
Autres produits	0,3	0,4	0,4	0,5	1,9	2,0	
Résultat	0,0	-0,5	-0,2	-0,4	0,0	0,1	
Résultat avant dotations aux fonds amiante	0,4	0,2	0,4	0,4	1,0	1,2	

Source : direction de la sécurité sociale (SDEPF/PA)

Parmi les charges de la branche AT-MP figure notamment le reversement annuel dû depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 par la branche à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et surtout des maladies professionnelles, dont le montant est fixé à

410 millions d'euros pour 2007 par l'article 61 du présent projet. Ce montant est en nette progression cette année après être resté stable durant les trois années précédentes. Il se situe dans le bas de la fourchette de l'évaluation effectuée en juin 2005 par la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale et présidée par M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes, qui retenait pour évaluer le coût réel pour la branche maladie de cette sous-déclaration une fourchette située entre 355 et 750 millions d'euros (hors indemnités journalières en ce qui concerne les maladies).

Le résultat de la branche devrait s'améliorer en 2006 avec une forte réduction du déficit qui passerait de 438 millions à 40 millions, selon les estimations de la Commission des comptes. Cette prévision repose sur une croissance des charges de 4,2 % beaucoup moins rapide que celle des produits de 8,7 %. Cette forte croissance des recettes de la branche s'explique par la majoration du taux de cotisation net moyen de 0,1 % à compter du 1^{er} janvier 2006 et d'une évolution de la masse salariale, prévue en 2006, de 4,3 %.

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

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

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

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

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

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

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

En millions d'euros

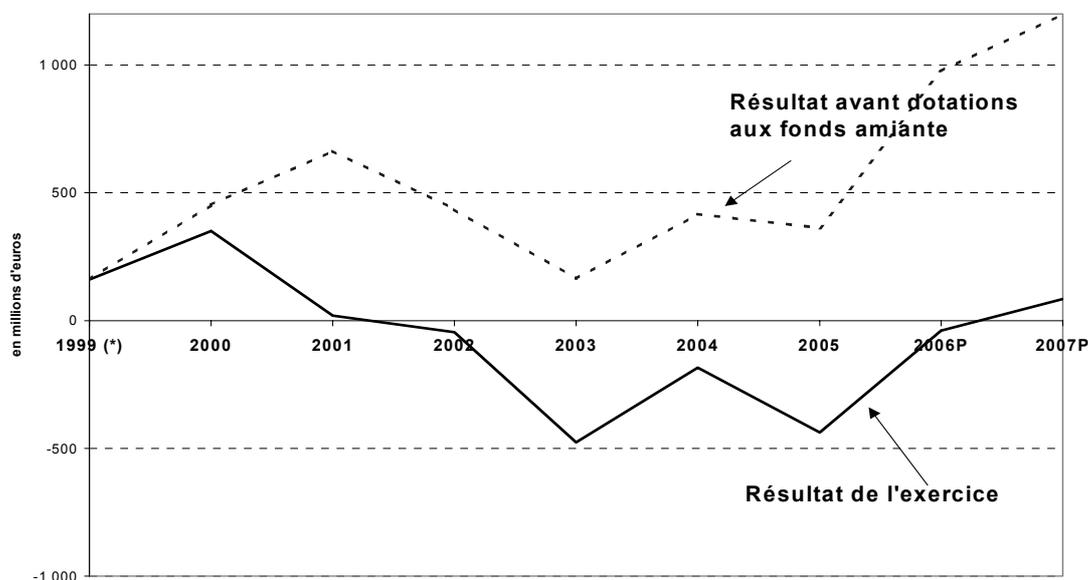
	2002	2003	2004	2005	2006
au FCAATA	300	450	500	600	700
au FIVA	180	190	100	200	315
Total annuel	480	640	600	800	1015
Total cumulé	1 227	1 867	2 467	3 267	

Source : rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale

Les dotations de la branche AT-MP au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante sont ainsi passées de 103 millions d'euros en 2000 à 600 millions d'euros en 2004 et 1 015 millions d'euros en 2006. Le poids du financement de ces deux fonds pèse globalement sur la branche AT-MP qui supporte environ 90 % des dépenses. Les financements que la branche AT-MP a consacrés au FCAATA sont depuis 2002, année d'apparition du déficit, en cumulé, supérieurs au déficit de la branche.

Sans les crédits affectés aux fonds destinés à la prise en charge des victimes de l'amiante, la branche AT-MP n'aurait pas été en déficit sur la période de 2002 à 2006, comme le montre le tableau ci-dessous.

Comparaison du résultat de la branche AT-MP avant et après prise en compte des dotations aux fonds amiante sur la période 1999-2007



Source : direction de la sécurité sociale

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

Pour l'année 2007, l'article 60 du projet de loi propose en conséquence d'augmenter le montant de la contribution de la branche AT-MP au FIVA à 315 millions d'euros et celle versée au FCAATA à 800 millions d'euros.

C. LA RÉFORME DE LA GOUVERNANCE DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES

Comme le fait remarquer la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2005 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, *« la branche se trouve aujourd'hui devant un cumul de difficultés : croissance prévisible des dépenses dues à l'indemnisation des victimes de l'amiante et au progrès des connaissances sur l'origine professionnelle des maladies ; rénovation souhaitable de l'indemnisation des victimes pour la rapprocher du droit commun »*.

1. L'évolution souhaitable des fonds amiante

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

S'agissant du FCAATA, seuls 10 % des titulaires de l'ACAATA sont, d'après la Cour des comptes, atteints d'une maladie causée par l'amiante, si bien que se pose la question du recentrage du FCAATA sur les victimes de pathologies déclarées. Contrairement au FIVA, dont les dépenses concernent l'indemnisation de maladies principalement professionnelles, son financement peut apparaître comme une charge induite pour la branche AT-MP, d'autant plus qu'il semble être bien souvent un dispositif de gestion de l'emploi. Il convient de noter que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été chargée d'une mission sur le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) afin d'évaluer le dispositif et de proposer des pistes de réformes.

La Cour des comptes, dans un rapport remis en mars 2005 à la commission des affaires sociales du Sénat et qui a été publié, a ainsi proposé un recentrage des financements accidents du travail et maladies professionnelles sur les préretraités servis par le FCAATA aux seules victimes ayant développé une maladie. Dans cette hypothèse, il conviendrait de réfléchir à une extension du dispositif aux fonctionnaires victimes d'une pathologie professionnelle reconnue dont le rapport du gouvernement au Parlement, présentant l'impact financier de

l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (2003), a souligné le faible nombre. La situation des personnes ayant été exposées à l'amiante dans leur travail, mais n'ayant pas développé de pathologie devrait être, par exemple, examinée dans le cadre des travaux de mise en œuvre de la loi portant réforme des retraites sur la prise en compte de la pénibilité dans les conditions de départ à la retraite.

Enfin, le dispositif de prise en charge des victimes de l'amiante n'incite que faiblement à investir dans la prévention. Les employeurs qui sont à l'origine de la contamination des victimes ne semblent pas contribuer à la hauteur de leur implication réelle. La Cour souligne ainsi qu'« *une prise en charge des dépenses résultant de l'exposition à des risques professionnels reposant principalement sur la collectivité n'est pas de nature à encourager les entreprises à mettre en œuvre des politiques ambitieuses de prévention* ». Il convient toutefois de noter que l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a introduit une nouvelle contribution des entreprises au financement des fonds de l'amiante qui va dans le sens de d'une responsabilisation des entreprises à l'origine des dépenses de l'ACAATA.

Il serait aussi intéressant que les ministres en charge de la sécurité sociale et de l'emploi fassent connaître leur point de vue sur les propositions émises en 2005 par les missions d'information parlementaire de l'Assemblée Nationale ⁽¹⁾ et du Sénat ⁽²⁾.

2. La réforme de la gouvernance de la branche

Par l'article 54 de la loi du 13 août 2004, le Parlement a invité les partenaires sociaux (organisations professionnelles d'employeurs et organisations syndicales de salariés représentatives) à émettre des propositions pour une réforme de la branche, qui devrait notamment passer par une évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette invitation a depuis été rappelée par le ministre chargé de la sécurité sociale en janvier et avril 2005.

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

Dès lors, ce régime particulier d'indemnisation des victimes de l'amiante ne plaide-t-il pas pour une réparation intégrale des préjudices causés par les accidents du travail ou des maladies professionnelles ? Le groupe de travail

(1) *Mission d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante, rapport de l'Assemblée nationale n° 2884 du 22 février 2006 de M. Jean Lemièrre, rapporteur.*

(2) *Mission commune d'information sénatoriale, rapport n° 37 du 20 octobre 2005 de M. Gérard Dériot et M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteurs.*

présidé par M. Michel Laroque, inspecteur général des affaires sociales, a cependant mis en évidence, en mars 2004, le coût élevé d'une telle réforme globale, de l'ordre de 3 milliards d'euros pour le seul régime général.

Les partenaires sociaux sont tout à fait conscients de la nécessité de faire évoluer la gestion de cette branche. Des négociations ont commencé en décembre 2005 et ont abouti le 28 février 2006 à la signature d'un protocole d'accord sur la gouvernance de la branche. Signé par trois syndicats de salariés (CFDT, FO et la CFTC) et par les organisations représentatives des employeurs (UPA, Medef et CGPME) cet accord est une première étape pour entamer une réforme en profondeur de la gestion de la branche.

Les signataires ont constitué quatre groupes de travail sur les points suivants :

- la réparation, qui traitera notamment des questions de réinsertion et de l'amélioration de l'indemnisation tout en examinant le devenir des fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante ;

- la tarification, dont l'objectif est de rendre la tarification plus incitative à la prévention ;

- la prévention ;

- le recensement des accidents du travail et des maladies professionnelles dans tous les milieux de travail. L'objectif est de faire un point précis et chiffré de la situation des AT/MP et d'améliorer les méthodes de recueil statistiques sur les risques professionnels notamment dans la fonction publique.

Cet accord sur la gouvernance vise à renforcer l'autonomie de la branche et à réaffirmer son caractère strictement paritaire. Il renforce notamment les prérogatives de la commission des AT et MP par rapport aux instances de direction de la CNAMTS en prévoyant, par exemple, que le directeur des risques professionnels sera désigné par cette commission alors que jusqu'à présent il était nommé par le directeur de la CNAMTS.

Les parties signataires de cet accord se sont engagées à faire connaître des propositions de réforme de la branche avant le 30 juin 2007.

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

La commission a examiné les articles relatifs à la branche assurance maladie et accidents du travail, sur le rapport de **M. Jean-Marie Rolland**, au cours de sa séance du mardi 17 octobre 2006.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2006

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 4

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

Cet article vise à rectifier, pour l'année 2006, le montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 1999 ⁽¹⁾.

1. Les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Mis en place au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour une durée initiale de cinq ans, le FAQSV a été prolongé à plusieurs reprises, puis pérennisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ⁽²⁾, les dispositions de la loi précitée du 23 décembre 1998 ayant été codifiées à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

De façon générale, ce fonds vise à soutenir des projets innovants concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. A ce titre, il est chargé notamment d'apporter des aides au développement des nouveaux modes d'exercice et des réseaux de soins entre des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé.

Il participe également au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), qui sont organisées par les unions régionales des

(1) Article 25 de la loi n° 1998-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

(2) Article 60 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

médecins exerçant à titre libéral (URML). Les professionnels de santé libéraux ainsi que les centres de santé sont associés à la gestion du FAQSV.

Ses missions ont par ailleurs été précisées et élargies par la précédente loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, le FAQSV a désormais la possibilité de participer à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP), d'apporter son soutien à des actions visant à favoriser une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire et d'accorder des aides aux structures participant à la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde.

Si le rapport récent d'évaluation du FAQSV, réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) à la demande du ministre de la santé et des solidarités ⁽¹⁾, souligne les insuffisances du dispositif actuel, en matière notamment de pilotage, d'évaluation et de diffusion des expérimentations financées par le fonds, le principe même d'une dotation spécifique pour financer ce type d'actions n'est pas remis en cause, compte tenu notamment de l'intérêt des réseaux de soins.

Les auteurs de ce rapport estiment en effet qu'« *un financement spécifique pour accompagner ces évolutions paraît plus souhaitable que le droit commun – financement sur le risque en ville ou par les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) à l'hôpital – pour deux raisons principales : renvoyer aux financements traditionnels, c'est perpétuer le cloisonnement ville-hôpital ; financer sur une base contractuelle au moyen d'une enveloppe fermée, c'est être en mesure de réguler une dépense que l'on aurait du mal à maîtriser en régime de droit commun* ».

Il est également à noter qu'une proposition non dénuée d'intérêt a été avancée par ce rapport, à savoir la fusion du FAQSV (qui relève du sous-objectif consacré aux dépenses de soins de ville) et de la dotation pour le développement des réseaux (DDR), qui est actuellement financée par l'assurance maladie dans le cadre du sous-objectif relatif aux « autres modes de prise en charge ».

2. Les dotations et la consommation des crédits du fonds depuis 2005

Conformément à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, les ressources du FAQSV 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.

– Pour l'année 2005, sa dotation a ainsi été fixée à 60 millions d'euros et son plafond de dépenses à 106 millions d'euros.

(1) Rapport n° 2006-022 de mai 2006, présenté par Mmes Christine Daniel, Bérénice Delpal et M. Christophe Lannelongue, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, « Contrôle et évaluation du FAQSV et de la dotation pour le développement des réseaux (DDR) ».

En exécution, le montant global des versements du FAQSV a atteint 67,8 millions d'euros en 2005 (contre 59,4 millions d'euros en 2004), soit environ 64 % du montant maximal de dépenses autorisé (contre 56 % en 2004).

À la fin de l'année dernière, le solde cumulé du fonds s'élevait ainsi à 56,7 millions d'euros.

En particulier, les aides versées par le fonds dans le cadre des expérimentations de maisons médicales de garde (MMG) ont représenté près de 8 millions d'euros en 2005.

***L'activité du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) en 2005 :
des versements en augmentation tant au niveau national que régional***

« Au niveau national, les montants s'élèvent à 12,7 millions d'euros, soit 60 % de la dotation allouée (21,2 millions d'euros), ventilés en 12,6 au titre des actions traditionnelles et 0,1 au titre des frais de gestion.

Au niveau régional, 55,1 millions d'euros ont été payés, soit 68 % de l'enveloppe attribuée (81,1 millions d'euros). Ces versements se ventilent de la façon suivante :

– au titre des « actions fléchées », destinées à poursuivre le financement des actions en cours sur la permanence des soins (maisons de santé médicales et de garde, régulation téléphonique libérale), les versements s'élèvent à 20,1 millions d'euros, pour une enveloppe effectivement versée de 23,9 millions d'euros, soit une consommation de 84 % ;

– au titre des « actions traditionnelles », permettant d'assurer le financement des actions engagées sur les autres thèmes, les versements s'élèvent à 33,2 millions d'euros, pour une enveloppe effectivement versée de 54,2 millions d'euros, soit une consommation de 61 % ;

– au titre des frais de gestion, les versements s'élèvent à 1,8 million d'euros, pour une enveloppe effectivement versée de 2,9 millions d'euros, soit une consommation de 62 %. »

Source : extrait du rapport d'activité 2005 du FAQSV (mars 2006).

– Pour l'année 2006, la loi de financement de la sécurité sociale a prévu une augmentation substantielle des crédits du FAQSV, en raison notamment de ses nouvelles missions liées à la mise en place du dossier médical personnel (DMP).

Sa dotation annuelle a ainsi été fixée à 110 millions d'euros, soit près de deux fois plus qu'en 2005 – année où la dotation avait déjà été multipliée par quatre par rapport à 2004 – et son plafond de dépenses porté à 165 millions d'euros.

S'agissant du DMP, sur les 92,5 millions d'euros dédiés initialement à son financement en 2006, 57 millions d'euros ont été versés au titre de la première

tranche, selon les informations communiquées par le ministère de la santé et des solidarités.

Ainsi, alors même que les dépenses du FAQSV s'établiront à un niveau jamais atteint en 2006 – les prévisions de dépenses s'élèvent en effet à 100 millions d'euros, contre 67,8 millions d'euros en 2005 (+ 62 %) – l'intégralité de la dotation votée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ne sera toutefois pas consommée, en raison du report important de crédits de 2005 sur 2006, le solde cumulé du fonds atteignant en effet 56,7 millions d'euros à la fin de l'année 2005.

3. La rectification proposée des montants de la dotation annuelle et du plafond de dépenses pour l'année 2006

Dans le cadre de l'ensemble des mesures annoncées par le ministre de la santé et des solidarités, le 5 septembre 2006, afin de limiter le dépassement prévisionnel de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2006, il a été décidé, « *sans que cela remette en cause les engagements pris, notamment sur le dossier médical personnel⁽¹⁾* », de réaliser des économies à hauteur de 50 millions d'euros sur le FAQSV, « *compte tenu de la sous-consommation des crédits* » ainsi que le précise l'exposé des motifs du présent projet de loi.

En conséquence, cet article propose de modifier la rédaction des deux derniers alinéas (III) de l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 afin de fixer :

– à 115 millions d'euros le montant maximal des dépenses du fonds pour 2006, et non plus 165 millions d'euros ;

– à 60 millions d'euros le montant rectifié de sa dotation au titre de l'année 2006, contre 110 millions d'euros prévus par la précédente loi de financement de la sécurité sociale.

Il convient par ailleurs de souligner que l'article 51 du projet de loi prévoit parallèlement une augmentation substantielle des crédits accordés au FAQSV pour 2007, le montant de sa dotation annuelle s'élevant en effet à 178 millions d'euros.

Le tableau présenté ci-après récapitule l'ensemble des données relatives à l'évolution des ressources et des dépenses du FAQSV depuis 2002.

(1) Communiqué de presse du ministre de la santé et des solidarités du 5 septembre 2006.

Évolution des ressources et des dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) depuis 2002

en millions d'euros

	2002	2003	2004	2005	2006	2006 rectifié*	2007**
Ressources	76,6	20	15,4	60	110	60	178
Dépenses	50,3	54,5	59,4	67,8	100 (p)		
Plafond de dépenses autorisées	106,7	106	106	106	165	115	195
Solde annuel	26,3	- 34,5	- 44	- 7,8	10 (p)		
Solde cumulé	143	108,5	64,5	56,7	66,7 (p)		

(p) Montants prévisionnels. * Montants rectifiés par le présent article. ** Montants proposés par l'article 50 du projet de loi NB : les données 2002 à 2005 proviennent des comptes de résultat établis par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs (CNAMTS)

Source : tableau réalisé d'après les informations communiquées par le ministère de la santé et des solidarités

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 8

Rectification pour 2006 du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Conformément à l'article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005, la loi de financement de la sécurité sociale « *rectifie (...) l'objectif national de dépenses d'assurance maladie [ONDAM] de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale* ».

Les dernières données disponibles en droits constatés ⁽¹⁾ permettent en effet de réactualiser les prévisions de dépenses relevant du champ de l'ONDAM pour 2006, celui-ci ayant été fixé à 140,7 milliards d'euros par la précédente loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Ainsi, selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2006, le montant total des dépenses d'assurance maladie relevant de l'ONDAM est estimé à 141,3 milliards d'euros pour 2006, soit un dépassement d'environ 700 millions d'euros par rapport à l'objectif voté l'année dernière.

(1) Dans une comptabilité en droits constatés, les opérations sont enregistrées dès la naissance du droit ou de l'obligation – le fait générateur étant la liquidation d'un produit (cotisations, contributions) ou d'une charge (prestations) – et non lorsque ces opérations se dénouent en trésorerie (paiement des prestations, encaissement des cotisations). Ainsi, les dépenses de soins effectuées en année n, dont une partie n'est connue qu'en année n+1, doivent être rattachées à l'exercice comptable de l'année n.

Il est par ailleurs à noter que ces prévisions intègrent l'impact des mesures d'économies annoncées le 5 septembre 2006 par le ministre de la santé et des solidarités, M. Xavier Bertrand, soit 350 millions d'euros.

Le présent article propose en conséquence de fixer à 141,3 milliards d'euros le montant de l'ONDAM rectifié pour l'année 2006. De la même façon, en se fondant sur les prévisions d'exécutions pour 2006 présentées à la CCSS de septembre dernier, il est proposé de rectifier le montant de chacun des sous-objectifs de dépenses de l'ONDAM, comme indiqué le tableau présenté ci-après ⁽¹⁾.

Rectification proposée du montant de l'ONDAM et de ses sous-objectifs pour 2006

(en milliards d'euros)

	Objectifs fixés en LFSS pour 2006	Objectifs rectifiés pour 2006
Dépenses de soins de ville	65,3	66
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,8	46
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,9	17,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,3	4,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,7	0,6
Total	140,7	141,3

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2007

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 32

Définition par voie réglementaire des règles applicables en matière d'heures de sorties pour les assurés en arrêt de travail

Dans le dispositif antérieur à l'entrée en vigueur de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le règlement intérieur des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) prévoyait que pour les assurés, auxquels

(1) Pour une présentation détaillée de l'évolution de chacune de ces enveloppes de dépenses en 2006, se reporter au tableau présenté sous l'article 54 du projet de loi fixant le montant de l'ONDAM pour 2007.

un arrêt de travail avait été prescrit, les sorties étaient autorisées, sauf exception, entre 10 heures et 12 heures et entre 16 heures et 18 heures. Le modèle d'avis d'arrêt de travail était d'ailleurs rédigé en ce sens.

Sur justification médicale circonstanciée, le prescripteur disposait cependant de la possibilité d'autoriser l'assuré à quitter librement son domicile, la mention « *sorties libres* » étant alors portée sur le certificat d'arrêt de travail.

Inséré par l'article 27 de la loi du 13 août 2004 précitée afin de lutter contre les arrêts de travail non justifiés médicalement, l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale subordonne désormais le service des indemnités journalières à l'obligation pour l'assuré :

- d'observer les prescriptions du praticien ;
- de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical, prévus à l'article L. 315-2 du même code ;
- de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien « *qui ne peuvent excéder trois heures consécutives par jour* » ;
- et de s'abstenir de toute activité non autorisée.

Si le patient contrevient à ces obligations, de façon volontaire est-il précisé, la caisse d'assurance maladie peut, à titre de pénalité, retenir la totalité ou une partie de ses indemnités journalières, étant précisé que cette décision peut faire l'objet d'un recours juridictionnel devant le tribunal des affaires sociales (TASS), qui contrôle l'adéquation du montant de la sanction prononcée par la caisse à l'infraction commise par l'assuré.

En conséquence, comme l'a rappelé une instruction de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en date du 19 septembre 2005, les indications « *sorties libres* » ne sont plus autorisées sur le certificat d'arrêt de travail, non plus que celles visant à définir des plages de sortie d'une amplitude supérieure à trois heures.

Ces dispositions peuvent toutefois apparaître trop strictes.

En effet, pour les patients atteints d'une pathologie de longue durée ou particulièrement grave, comme le cancer ou le sida, la réglementation actuelle risque d'ajouter l'isolement social à une situation déjà physiquement et psychologiquement éprouvante pour les patients. Par ailleurs, élargir les possibilités de sortie peut aller dans le sens de l'intérêt thérapeutique du patient, en particulier pour certaines affections psychiques, telles que la dépression. Enfin, d'une façon générale, l'arrêt de travail peut être pleinement justifié par une maladie, qui est incompatible, au moins temporairement, avec la poursuite d'une activité professionnelle, mais ne nécessite pas pour autant d'être alité et de garder le domicile une grande partie de la journée.

Afin d'assouplir le dispositif actuel pour certains patients, le présent article propose de modifier la rédaction de l'article L. 323-6 précité afin de supprimer toute référence au principe selon lequel les heures de sorties ne peuvent excéder trois heures consécutives, en renvoyant à un décret en Conseil d'Etat la définition des règles applicables en la matière. L'exposé des motifs précise au surplus qu'il appartiendra au praticien, le cas échéant, d'apprécier les heures de sorties les plus appropriées à la pathologie de son patient, dans le respect du cadre général posé par voie réglementaire.

Cette mesure s'inscrit ainsi dans le prolongement de plusieurs propositions de loi déposées récemment dans ce sens, en particulier :

– la proposition de loi n° 2952 de M. Denis Jacquat tendant à ne pas limiter les heures de sorties pour les patients en arrêt de travail pour une affection cancéreuse, déposée le 14 mars 2006 ;

– la proposition de loi n° 3044 de Mme Bérengère Poletti modifiant l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale et visant à assouplir les heures de sorties autorisées pour certains patients, déposée le 26 avril 2006 ;

– la proposition de loi n° 3117 de M. Bernard Debré visant à laisser libres les heures de sorties des patients en arrêt de travail pour une affection de longue durée, déposée le 31 mai 2006.

Article 33

Relèvement du plafond annuel de ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Cet article vise à élargir le champ du « *crédit d'impôt au titre des contrats individuels d'assurance complémentaire de santé* », institué par l'article 56 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

1. Le dispositif actuel

Prévu par les articles L. 863-1 et suivants du code de la sécurité sociale, le crédit d'impôt permet aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de ressources ouvrant droit à la CMUC, mais inférieures à ce même plafond majoré de 15 %, de bénéficier d'une déduction sur leur prime ou leur cotisation annuelle d'assurance complémentaire, afin d'atténuer les effets de seuils. Pour une personne seule, ce critère d'attribution correspond aujourd'hui à un revenu compris entre 587,16 euros et 675,23 euros par mois, et pour un couple avec deux enfants, à un revenu compris entre 1 233 euros et 1 417,95 euros.

Le mécanisme de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est le suivant.

– L'assuré doit en faire la demande auprès de sa caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), qui examine ses ressources dans les mêmes conditions que pour l'attribution de la CMUC. S'il satisfait aux critères d'attribution, la caisse lui délivre une attestation de droit à déduction sur la prime ou cotisation d'assurance complémentaire, qui indique, en fonction de son âge, le montant annuel du crédit d'impôt.

Afin de renforcer l'attractivité du dispositif, ce montant a été fortement revalorisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006⁽¹⁾, comme l'indique le tableau présenté ci-après.

***Évolution du montant annuel de l'aide à l'acquisition d'une
complémentaire santé depuis 2005***

Âge	Montant en 2005	Montant en 2006	Progression
Moins de 25 ans	75 €	100 €	+ 33 %
De 25 à 59 ans	150 €	200 €	+ 33 %
À partir de 60 ans	250 €	400 €	+ 60 %

– Le demandeur dispose ensuite d'un délai de six mois pour utiliser son attestation auprès d'un organisme complémentaire de son choix (mutuelle, société d'assurance ou institution de prévoyance). Sur présentation de l'original de l'attestation, l'assuré bénéficie d'une réduction de sa prime ou cotisation annuelle sur un contrat d'assurance santé en cours ou celui qu'il choisi de souscrire, la réduction étant égale au montant du crédit d'impôt. Depuis 2006, l'assuré est par ailleurs tenu de choisir un « *contrat responsable*⁽²⁾ », dont le contenu a été précisé par le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

– L'organisme complémentaire récupère ensuite le montant de l'aide portée sur l'attestation, en le déduisant de sa contribution annuelle au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU).

A cet égard, dans la mesure où le « *crédit d'impôt* » désigne en réalité une déduction qu'opère les organismes complémentaires sur leur contribution au Fonds CMU, il apparaît préférable, en particulier pour la promotion de ce dispositif auprès des assurés, d'évoquer une « *aide à l'acquisition d'une complémentaire santé* » (AACS) plutôt que d'utiliser le terme de « *crédit d'impôt* », qui risque de prêter à confusion, en laissant penser que cette aide est réservée aux assurés qui disposent de suffisamment de revenus pour être imposés.

(1) Article 53 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

(2) Ces contrats d'assurance maladie complémentaire, prévus par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, tel qu'inséré par la loi du 13 août 2004, visent à inciter les assurés à respecter le parcours de soins. Ainsi, pour pouvoir bénéficier d'aides publiques, les mutuelles, sociétés d'assurance ou institutions de prévoyance ne doivent pas prendre en charge les pénalités financières (minoration des remboursements ou majoration des honoraires) qui sont prévues lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.

Si le Fonds CMU est « chargé de la gestion du crédit d'impôt », aux termes de l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale, celle-ci est toutefois financièrement neutre pour lui.

– En effet, la loi précitée du 13 août 2004 a prévu le financement de l'AACS par une dotation globale de l'assurance maladie, prélevée sur les crédits d'action sanitaire et sociale des caisses, le crédit d'impôt ayant vocation à se substituer aux dispositifs d'aides à la mutualisation qui existaient jusqu'alors.

Selon l'article R. 862-11 du même code, le montant de cette dotation ainsi que sa répartition entre les régimes d'assurance maladie est fixée par arrêté. Ainsi, pour 2005, le montant de la dotation a été fixé à 12,75 millions d'euros par arrêté du 21 avril 2006. Pour l'année 2006, le montant de la dotation prévue est de l'ordre de 50 millions d'euros.

Si l'effectif de la population potentiellement concernée par l'AACS s'établirait à deux millions de personnes, selon le ministère de la santé et des solidarités, la montée en charge du crédit d'impôt a été progressive et plus lente qu'il n'était escompté en 2004. Ainsi, en décembre 2005, 402 261 attestations avaient été délivrées par les CPAM – sachant qu'après la délivrance de celles-ci, les délais peuvent être encore assez longs avant le bénéfice effectif du crédit d'impôt – et, selon les déclarations des organismes complémentaires, près de 180 000 assurés l'avaient effectivement utilisée (soit moins de 10 % de la population potentiellement concernée).

Évolution du nombre de bénéficiaires potentiels et réels du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Période	Attestations délivrées par les caisses*	Déclarations des organismes complémentaires**	Coût total (en euros)	Coût unitaire trimestriel (en euros)
Février 2005	75 200	12 805	436 828	34,11
Mai 2005	182 519	62 811	2 239 933	35,66
Août 2005	264 448	113 731	3 922 656	34,49
Novembre 2005	364 147	177 710	6 123 611	34,46
Année 2005	402 261	177 710	12 723 028	34,66
Février 2006	70 614	203 000	7 815 500	38,50
Mai 2006 (p)	171 437	227 522	9 328 419	41,00
Août 2006 (p)	265 737	242 676	10 677 745	44,00
Nov. 2006 (p)	393 487	250 303	12 014 556	48,00
année 2006***	442 237	250 303	39 836 220	43,14

(p) prévisions

* nombre de bénéficiaires potentiels (par année civile)

** nombre de bénéficiaires réels

*** prévisions avant mesures nouvelles

Source : données du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU), transmises par le ministère de la santé et des solidarités

2. Les dispositions prévues par le projet de loi

Cet article comporte sept alinéas, regroupés au sein de deux paragraphes.

Le **I** vise tout d'abord à modifier les règles relatives au plafond de ressources ouvrant droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

– Le **A** du **I** procède à des aménagements de nature rédactionnelle. En effet, si la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a inséré dans le code de la sécurité sociale un nouveau chapitre relatif au crédit d'impôt, toutes les modifications de coordination nécessaires n'ont pas été portées dans le même code lors de l'adoption de ce dispositif.

C'est pourquoi le **1°** du **A** modifie l'intitulé du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, qui devient : « Protection complémentaire en matière de santé *et crédit d'impôt* ».

Afin de clarifier l'architecture du même titre, le **2°** du **A** propose également de remplacer l'intitulé (« *Dispositions générales* ») du chapitre I^{er} du même titre par le suivant : « *Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé* ».

Pour les mêmes raisons et par parallélisme des formes, le **3°** du **A** modifie à la marge l'intitulé du chapitre III du même titre VI, celui-ci devenant : « *Dispositions relatives au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels* ».

Ces modifications permettent ainsi de reprendre la même rédaction que celle retenue pour la partie réglementaire du code de la sécurité sociale.

– Le **B** du **I** a pour objet de modifier la rédaction du premier alinéa de l'article L. 863-1 du même code, afin d'ouvrir le bénéfice de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMUC et ce même plafond « *majoré de 20 %* », et non plus 15 %.

Pourront ainsi bénéficier de cette aide les personnes dont le revenu mensuel est compris : entre 587,16 euros et 704,59 euros (contre 675,23 euros actuellement) pour une personne seule (soit une augmentation du plafond annuel de ressources de 8 255,61 euros à 8 614,55 euros) ; entre 1 233 et 1 479,6 euros (contre 1 417,95 euros), pour un couple avec deux enfants.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, cette mesure permettrait de porter de 2 à 2,9 millions le nombre de personnes susceptibles de bénéficier de ce dispositif et de garantir ainsi l'accès de tous à des soins de qualité.

– Le **C** du **I** complète par ailleurs la rédaction du premier alinéa des articles L. 861-1 et L. 863-1 du même code, relatifs à la CMUC et au crédit d'impôt. Pour ces deux dispositifs, il est proposé que le montant du plafond de

ressources applicable à un foyer donné soit désormais « *arrondi à l'euro le plus proche* » et que « *la fraction d'euro égale à 0,50 [soit] comptée pour 1* ».

Ces dispositions ont pour objectif de simplifier et d'améliorer la lisibilité de la CMUC et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Le **II** vise à préciser les modalités d'application dans le temps de ce dispositif. Ainsi :

– le relèvement du plafond annuel de ressources de l'aide à l'acquisition entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2007 ;

– la règle de l'arrondi posée par le C du I entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2007, c'est-à-dire, selon l'exposé des motifs du projet de loi, dès la prochaine revalorisation du plafond de ressources ouvrant droit à la CMUC et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Article 34

Possibilité pour les infirmiers de prescrire certains dispositifs médicaux

Cet article vise à donner la possibilité aux infirmiers de prescrire des dispositifs médicaux à leurs patients, dans le cadre de l'exercice de leur compétence et sous certaines conditions.

1. Le renforcement de la coopération entre les médecins et les professionnels de santé paramédicaux au cours des dernières années

Le progrès technique, l'évolution permanente des métiers de la santé ainsi que les problèmes de démographie médicale rencontrés dans certaines régions rendent aujourd'hui indispensable le développement de la coordination entre les médecins et les professionnels de santé paramédicaux. En particulier, la reconnaissance à ces derniers d'un droit de prescription, pour certains produits de santé relevant de leur compétence, est source non seulement de simplification pour les professionnels et les assurés, mais également d'économies pour l'assurance maladie, puisque qu'elle permet d'éviter au patient de retourner consulter son médecin traitant.

En d'autres termes, comme le résume l'exposé des motifs du projet de loi, dès lors que « *le métier médical s'enrichit, il est logique que le métier des professions de santé, dites auxiliaires du médecin, s'enrichisse parallèlement* ». Plusieurs mesures ont été adoptées dans ce sens au cours de ces dernières années.

– S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, tel que modifié par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades⁽¹⁾, prévoit que « *lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, [ils]*

(1) Article 48 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession » et dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine.

En application de l'arrêté du 9 janvier 2006 ⁽¹⁾, les masseurs-kinésithérapeutes sont par exemple autorisés à prescrire à leurs patients, « à l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance », des dispositifs tels que les aides à la déambulation (cannes, béquilles), les appareils destinés au soulèvement du malade (potences et soulève-malades), les attelles souples de correction orthopédique de série, les ceintures de soutien lombaire de série ou encore les aides à la fonction respiratoire.

– Concernant les sages-femmes, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ⁽²⁾ leur a accordé la possibilité de réaliser la déclaration de grossesse et l'examen postnatal (si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique), mais aussi de pratiquer des vaccinations et de prescrire certains médicaments, en particulier une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse.

Poursuivant cette évolution, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ⁽³⁾ a également permis aux sages-femmes de prescrire certains dispositifs médicaux. En application de l'arrêté du 27 juin 2006 ⁽⁴⁾, celles-ci peuvent désormais prescrire, par exemple, des ceintures de grossesse de série, des orthèses élastiques de contention des membres inférieurs, des électrostimulateurs neuromusculaires pour la rééducation périnéale, des diaphragmes, des compresses ou encore des filets tubulaires de maintien.

– La loi relative à la politique de santé publique ⁽⁵⁾ a par ailleurs prévu le lancement d'expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux « possibilités de transfert de compétences » – le terme de « *délégation de tâches* » semblant toutefois plus approprié – entre professions médicales et d'autres professions de santé. C'est dans ce cadre que des expérimentations ont été engagées depuis 2005 concernant le suivi par des infirmiers des patients atteints d'une hépatite C ou encore en matière d'hémodialyse ⁽⁶⁾.

(1) Arrêté du 9 janvier 2006 du ministère de la santé et des solidarités fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.

(2) Articles 101 et 102 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

(3) Article 37 de la loi n° 2005-1579 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

(4) Arrêté du 27 juin 2006 du ministère de la santé et des solidarités fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire.

(5) Article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

(6) Cf. sur ce point, le rapport d'évaluation du professeur Yvon Berland, « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » (juin 2006).

– Il convient enfin de rappeler qu'en application de l'article R. 4322-1 du code de la santé publique, les pédicures-podologues ont la possibilité, dans les conditions prévues par l'article L. 4322-1 du même code, de prescrire des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre de la santé, pris après avis de l'Académie nationale de médecine, ainsi que des prothèses, orthèses, semelles orthopédiques et autres appareillages podologiques visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied.

2. Les dispositions prévues par le projet de loi

S'inscrivant dans le prolongement de ces évolutions, le présent article vise à élargir le champ de compétence des infirmiers, en complétant par un nouvel alinéa l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, qui définit actuellement leurs conditions d'exercice.

Il s'agit ainsi de donner la possibilité aux infirmiers de prescrire à leurs patients, « *lorsqu'ils agissent sur prescription médicale* » et « *sauf indication contraire du médecin* », certains dispositifs médicaux, dont la liste sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'exposé des motifs du projet de loi précise à cet égard que cette possibilité de prescription ne concernera pas les dispositifs « *qui ont vocation à figurer dans le nécessaire des soins infirmiers* », c'est-à-dire ceux qui sont utilisés lors des actes qu'ils effectuent, comme c'est d'ailleurs également le cas pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et la Haute autorité de santé (HAS) seront par ailleurs consultées, selon l'exposé des motifs du projet de loi, avant la détermination par arrêté de la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers seront autorisés à prescrire. À cet égard, il convient de rappeler que la proposition de loi n° 3009 de M. Richard Mallié et de Mme Maryvonne Briot portant création d'un ordre national des infirmiers, qui a été adoptée par l'Assemblée nationale le 13 juin 2006 et par le Sénat le 5 octobre dernier, prévoit que l'ordre sera chargé d'étudier « *les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre chargé de la santé, concernant en particulier l'exercice de la profession* ⁽¹⁾ ».

Afin d'assurer la nécessaire coordination des soins, le présent article prévoit enfin que l'arrêté précité précise également, parmi les différents dispositifs médicaux que les infirmiers seront autorisés à prescrire, ceux pour lesquels ils devront tenir informé le médecin traitant de leur patient (par exemple pour des chaussures compensées ou des bandes élastiques, selon l'exposé des motifs du projet de loi).

(1) Article L. 4312-2 du code de la santé publique tel que modifié par l'article premier de la proposition de loi.

Article 35

Encadrement du prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) – Conditions dérogatoires de prise en charge pour certains médicaments, produits ou prestations

Cet article vise, d'une part, à favoriser la définition d'un juste prix pour les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et, d'autre part, à permettre, à titre dérogatoire, la prise en charge de certains médicaments pour des patients atteints de maladies rares ou graves.

1. L'encadrement du prix des médicaments sous ATU

– Lorsqu'ils n'ont pas encore obtenu d'autorisation de mise sur le marché (AMM), les médicaments destinés à soigner des maladies rares ou graves, pour lesquelles il n'existe aucun traitement approprié, peuvent cependant faire l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), qui est délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), sous certaines conditions limitativement définies.

Conformément à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, il existe aujourd'hui deux types d'ATU : celles dites « de cohorte » et les autorisations dites « nominatives » (*cf.* l'encadré présenté ci-dessous). Dans les deux cas, l'autorisation peut être suspendue ou retirée pour des motifs de santé publique ou si les conditions prévues par l'article L. 5121-12 ne sont plus remplies.

À l'origine, les laboratoires faisaient don de ces produits, à titre compassionnel, en considérant que l'hôpital leur permettait de réaliser les derniers essais cliniques nécessaires à leur mise sur le marché.

L'arrivée des anti-rétroviraux (produits contre le VIH) et l'importance croissante du nombre de patients à traiter a conduit à remettre en cause cette règle : dans la plupart des cas, les prix de ces médicaments sont en effet librement négociés entre les laboratoires pharmaceutiques et les établissements de santé.

Or il existe de fait une asymétrie entre la capacité de négociation de ces deux acteurs, dès lors que le laboratoire est souvent en situation de monopole et que, par définition, les établissements de santé manquent de données d'évaluation approfondies permettant de fixer un juste prix pour les médicaments sous ATU encore en phase développement, alors même qu'ils peuvent avoir un besoin particulièrement pressant de se procurer ce produit pour leurs patients souffrant de pathologies graves, qui peuvent engager leur pronostic vital.

Les ATU nominatives ou de cohorte

« Le dispositif des ATU a été créé en France en 1994. Outre l'accessibilité précoce à certains médicaments prometteurs et ne bénéficiant pas d'une AMM en France pour des patients atteints de pathologies graves ou rares et en impasse thérapeutique, ce dispositif s'est révélé être un extraordinaire observatoire des besoins thérapeutiques non pourvus et des innovations.

– Les ATU dites de cohorte concernent les médicaments dont l'efficacité et la sécurité sont fortement présumées, au vu d'essais thérapeutiques menés pour engager une demande d'autorisation de mise sur le marché. Une demande d'AMM doit être déposée ou le demandeur doit s'engager à la déposer dans un délai déterminé. Les ATU de cohorte permettent le traitement de patients dont les profils sont parfaitement définis selon un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations. Elles sont octroyées à la demande du titulaire des droits d'exploitation après avis de la commission d'autorisation de mise sur le marché.

– Les ATU nominatives concernent des médicaments prescrits à des malades nommément désignés, à la demande et sous la responsabilité du médecin prescripteur, dès lors que leur efficacité et leur sécurité sont présumées en l'état des connaissances scientifiques et qu'ils sont susceptibles de présenter un réel bénéfice pour le patient. Elles sont octroyées après évaluation par des experts. EN 2005, 201 médicaments ont fait l'objet de demandes d'ATU nominatives. 21 058 ATU nominatives ont été octroyées et 434 refusées (soit 2 % des demandes). L'oncohématologie et la neuropsychiatrie sont les deux domaines les plus concernés par les demandes d'ATU et représentent la moitié de l'activité. »

Source : rapport d'activité 2005 de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

C'est pourquoi le prix des médicaments sous ATU est parfois très élevé, ce qui pose un double problème. D'une part, le prix déterminé à l'issue de la négociation entre les hôpitaux et les laboratoires peut servir de référence, une fois que le médicament a obtenu son AMM et peut donc être commercialisé, pour la fixation ultérieure du prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS). D'autre part, il est arrivé dans certains cas qu'une fois l'AMM délivrée, l'amélioration du service médical rendu (ASMR) s'avère finalement mineure et ne justifie donc pas, *a posteriori*, le prix parfois important consenti par la collectivité.

Sans remettre en cause les fondements de ce dispositif dérogatoire d'autorisation, qui a permis d'accélérer significativement l'accès des patients aux médicaments innovants, il apparaît dès lors nécessaire de mieux encadrer les conditions de fixation du prix de ces médicaments.

– Pour cela, le **I** du présent article vise à insérer un nouvel article L. 162 - 16-5-1 dans le code de la sécurité sociale, qui comporte trois alinéas.

Le *premier alinéa* soumet tout d'abord le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une ATU à l'obligation de déclarer

au CEPS le montant de « *l'indemnité maximale* » qu'il réclame aux établissements de santé pour ce produit.

En l'espèce, la sémantique employée n'est pas neutre, puisque comme le souligne l'exposé des motifs du projet de loi, il s'agit bien d'une indemnité de mise à disposition versée au laboratoire et non pas d'un « *prix, celui-ci ayant vocation à récompenser une innovation totalement démontrée ou validée* ». Par ailleurs, dans l'éventualité où il n'y aurait pas de laboratoire exploitant, il est prévu que les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements qui souhaitent acheter ce médicament déclarent également au CEPS le montant de l'indemnité qui leur est réclamée pour acquérir le produit, si celle-ci n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. La dernière phrase de cet alinéa pose enfin le principe de la publicité de ces déclarations, cette mission étant également confiée au CEPS.

Le *deuxième alinéa* dispose que les laboratoires exploitant la spécialité sous ATU ou, à défaut, les PUI qui ont l'achetée, informent chaque année le CEPS du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues.

Le *troisième alinéa* prévoit une procédure qui s'apparente en quelque sorte à une récupération du trop-perçu auprès du laboratoire.

En effet, dans le cas où un médicament précédemment sous ATU est par la suite inscrit au remboursement, ayant obtenu une AMM, et qu'il apparaît que son prix ou son tarif de remboursement fixé par le CEPS est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, en application du premier alinéa de cet article, ce dernier peut alors demander au laboratoire de reverser, « *sous forme de remise* », la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité.

Par coordination, le **II** du présent article supprime les dispositions prévues par le sixième alinéa de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, qui prévoit actuellement que le détenteur d'une ATU de cohorte adresse « *périodiquement au ministre chargé de la santé des informations sur le coût pour l'assurance maladie du médicament bénéficiant de l'autorisation octroyée* ».

2. Les conditions dérogatoires de prise en charge

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) constitue un préalable obligatoire à toute possibilité de commercialisation d'une spécialité pharmaceutique. Elle est également indispensable avant la demande d'inscription au remboursement par l'assurance maladie.

Pour obtenir cette autorisation, le demandeur est tenu de fournir un dossier, comportant notamment les résultats des essais précliniques et cliniques, permettant de démontrer la qualité, la sécurité et l'efficacité du médicament,

l'AMM étant délivrée pour les indications, dont le bénéfice-risque est considéré comme favorable.

Or cette réglementation peut poser problème dans certains cas particuliers. En effet, pour certains médicaments, généralement anciens, dont les indications ne concernent qu'un nombre limité de patients, il arrive que le laboratoire ne souhaite pas conduire des essais cliniques nécessaires pour l'obtention d'une AMM, alors même que la prescription du médicament dans ces indications correspond à un usage bien établi dans la pratique. En outre, il existe des produits, qui ne sont pas inscrits au remboursement, mais sont cependant essentielles pour le traitement, voire la survie, de patients atteints d'une maladie grave, ce qui peut conduire à obérer le pouvoir d'achat des familles concernées. C'est le cas par exemple des écrans solaires pour les enfants souffrant de *xeroderma pigmentosum*, mais aussi, pour certaines pathologies, de produits multivitaminés ou encore d'hygiène nasale.

Afin de remédier à cette situation, le **III** du présent article institue une procédure dérogatoire de prise en charge pour certains produits, en insérant un nouvel article L. 162-17-2-1 dans le code de la sécurité sociale.

Le *premier alinéa* de cet article prévoit ainsi que des médicaments, produits ou prestations, qui ne figurent pas au périmètre des biens et services remboursables, peuvent cependant être pris en charge par l'assurance maladie, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, sous réserve que l'ensemble des conditions suivantes sont réunies :

– Le produit doit être prescrit, « *lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée* », pour le traitement d'une affection de longue durée (ALD), remplissant les conditions prévues aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 ⁽¹⁾ du même code ou d'une maladie rare, telle que définie par le règlement communautaire du 16 décembre 1999 ⁽²⁾.

– Il doit figurer dans un avis ou une recommandation de la Haute autorité de santé, concernant une catégorie de malades, après consultation, de l'AFSSAPS pour les produits énumérés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, qui relèvent de sa compétence.

– 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'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Cet alinéa prévoit, d'autre part, que l'arrêté susmentionné peut :

– fixer des conditions de prise en charge ;

(1) C'est-à-dire lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections comportant « un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ».

(2) Règlement (CE) n°141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 du Parlement européen et du Conseil concernant les médicaments orphelins.

– prévoir l’obligation pour le laboratoire ou le fabricant du produit concerné de présenter notamment, pour l’indication considérée, une demande d’AMM ou d’inscription sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du même code ou à l’article L. 5123-2 du code de la santé publique, concernant les conditions de remboursement des médicaments, des dispositifs médicaux et des médicaments agréés à l’usage des collectivités publiques ;

– comporter l’obligation pour le laboratoire ou le fabricant de prévoir un suivi particulier des patients ;

– fixer les conditions de prise en charge d’une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations « *présentant des caractéristiques analogues* ».

Le *deuxième alinéa* pose des conditions supplémentaires de prise en charge des spécialités, produits ou prestations figurant sur l’arrêté prévu au premier alinéa. Ainsi, leur utilisation doit être « *indispensable à l’amélioration de l’état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation* » et les produits concernés être inscrits « *explicitement* » dans le protocole de soins mentionné à l’article L. 324-1 du même code, prévu notamment pour les personnes atteintes d’une ALD. Il est également prévu que l’arrêté précise le délai au terme duquel le médecin conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l’opportunité médicale de poursuivre la prescription du produit concerné.

Dans le cas où ce produit dispose d’au moins une indication remboursable, le *troisième alinéa* de cet article prévoit qu’il est remboursé dans les mêmes conditions que celles qui s’appliquent à l’indication ou aux indications prises en charge.

En revanche, si la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation n’est inscrit sur aucune des listes ouvrant droit au remboursement, au titre des articles L. 162-17 ou L. 165-1 précités du code de la sécurité sociale ou de l’article L. 5123-2 du code de la santé publique, le *quatrième alinéa* de cet article prévoit que le produit concerné est alors pris en charge ou remboursé dans la limite d’une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision de l’UNCAM, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ayant la possibilité de s’opposer à cette dernière.

Le *cinquième alinéa* prévoit par ailleurs que si laboratoire ou le fabricant est soumis à une obligation de demander une AMM ou l’inscription au remboursement du produit concerné et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l’arrêté, celle-ci n’a pas été respectée, le CEPS a la possibilité de fixer une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant, après que l’entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations. Dans ce cas de figure, il est également précisé que le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d’affaires réalisé en France par l’entreprise au titre du

dernier exercice clos pour le produit considéré et que la pénalité peut être reconduite, le cas échéant, chaque année.

Le *sixième alinéa* prévoit par ailleurs l'application à cette pénalité des dispositions prévues par l'article L. 138-20 du même code, relatives aux modalités de recouvrement et de contrôle des contributions par le régime général. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues par l'article L. 138-8 du même code, concernant la contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes des entreprises pharmaceutiques. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Le *dernier alinéa* a pour objet de renvoyer à un décret en Conseil d'Etat la définition des modalités d'application du nouvel article L. 162-17-2-1, concernant notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles et les délais de procédure, les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale.

Enfin, par coordination, le **IV** du présent article tend à compléter l'article L. 182-2 du même code afin de faire figurer parmi les missions de l'UNCAM la fixation du montant de la base forfaitaire annuelle prévue par le nouvel article L. 162-17-2-1.

Article 36

Conditions d'autorisation de mise sur le marché et de fixation du prix de certains médicaments autorisés dans un autre État membre et non en France

Cet article propose, d'une part, de transposer certaines dispositions prévues par la directive n° 2001/83 modifiée du 6 novembre 2001 ⁽¹⁾ et, d'autre part, à renforcer l'encadrement du prix de certains médicaments, qui relèvent actuellement du régime de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

1. Les dispositions prévues par l'article 126 bis de la directive n° 2001/83 du 6 novembre 2001

– Inséré par la directive n° 2004/27 du Parlement européen et du conseil du 31 mars 2004, l'article 126 *bis* de la directive n° 2001/83 précitée permet aux États membres d'autoriser la mise sur le marché d'un médicament sur leur territoire, bien qu'il ne dispose pas d'une autorisation, ni même qu'une demande en ce sens ait été déposée, mais à la condition qu'il soit autorisé dans un autre Etat membre et que cette décision soit motivée par « *des raisons de santé publique justifiées* ».

(1) Directive n° 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

Résultant d'une proposition du Conseil de l'Union européenne, ces dispositions visaient notamment à améliorer la disponibilité des médicaments « dans les nouveaux États membres, dont les marchés, de plus petite taille, n'attirent pas les sociétés pharmaceutiques », comme l'a souligné la Commission européenne ⁽¹⁾.

En effet, dans certains de ces États, les entreprises pharmaceutiques ne déposent pas toujours de demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) car leur intérêt commercial peut être limité par l'étroitesse ou le manque de solvabilité des marchés. De plus, les traités d'adhésion des nouveaux États membres ayant prévu la mise aux normes de la réglementation communautaire du stock des AMM existantes dans ces États, un certain nombre d'entre elles risquent de disparaître, y compris pour des médicaments qui sont largement utilisés dans ces pays.

– L'article 126 *bis* de la directive précise également les conditions de mise en œuvre de ce régime dérogatoire d'autorisation afin qu'il présente toutes les garanties nécessaires en termes de sécurité sanitaire et de transparence.

Ainsi, lorsque un État recourt à cette possibilité, il est tenu de veiller au respect des exigences posées par la directive n° 2001/83 consolidée, en particulier celles prévues aux titres V, VI, VIII, IX et XI. L'État membre doit également notifier son intention d'autoriser un médicament, en application de cet article, au titulaire de l'AMM dans l'État où le médicament est autorisé et demander à l'autorité compétente de cet État de lui communiquer une copie du rapport d'évaluation et de l'AMM du médicament, avant qu'une telle autorisation soit délivrée. La Commission européenne est par ailleurs chargée d'établir un registre accessible au public des médicaments autorisés, actualisé à partir des informations transmises par les États membres et consultable sur son site Internet. Enfin, l'application de cet article doit faire l'objet d'un rapport de la Commission, remis au Parlement européen et au Conseil au plus tard le 30 avril 2008, en vue de proposer toute modification nécessaire.

– Si cette nouvelle procédure vise principalement à éviter que ne se posent des problèmes d'accès aux médicaments dans les nouveaux États membres, elle n'en présente pas moins un intérêt réel en France, pour les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation ⁽²⁾ (ATU).

En effet, « généralement, les médicaments demandés [dans le cadre d'une ATU] peuvent être autorisés à l'étranger ou être encore en développement », ainsi qu'il est indiqué dans le rapport annuel 2005 de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Or, lorsque des médicaments sont déjà

(1) Communication de la Commission au Parlement européen, conformément à l'article 251, paragraphe 2 du traité CE, concernant la position commune arrêtée par le Conseil en vue de l'adoption d'une directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive n° 2001/83 (SEC/2003/1082 final), 7 octobre 2003.

(2) Pour la présentation du dispositif actuel des ATU, se reporter au commentaire présenté sous l'article 35 du projet de loi.

autorisés dans d'autres Etats membres et font l'objet d'un usage bien établi, il serait plus logique que les laboratoires titulaires des droits d'exploitation de la spécialité concernée présentent une demande d'AMM dans le cadre de la procédure de reconnaissance mutuelle entre Etats membres ⁽¹⁾, plutôt qu'au titre de la procédure dérogatoire des ATU, ce qui, dans la pratique, n'est souvent pas le cas.

Au-delà de son impact financier, lié au fait que pour les médicaments sous ATU les prix sont librement négociés entre le laboratoire pharmaceutique et l'établissement de santé et généralement assez élevés, ce phénomène n'est pas non plus sans conséquences pour l'efficacité du dispositif national d'évaluation des médicaments et de pharmacovigilance. En effet, la délivrance par l'AFSSAPS de plusieurs autorisations nominatives dérogatoires dans le cadre des ATU ne permet pas de procéder à une évaluation complète des effets thérapeutiques positifs du médicament au regard des risques liés à son utilisation (c'est-à-dire la « balance bénéfice-risque »), appuyée sur des études cliniques approfondies, ainsi qu'il est prévu pour les demandes d'AMM.

2. Le dispositif proposé par le projet de loi

Le I de cet article procède en premier lieu à la transposition de l'article 126 *bis* de la directive, en reprenant les mêmes dispositions que celles prévues par l'article 7 du projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament (n° 3062), qui a été adopté par la commission le 28 juin 2006 ⁽²⁾.

Dans cet objectif, il est proposé d'insérer un nouvel article L. 5121-9-1 dans le chapitre premier (« *Dispositions générales* ») du titre deuxième du code de la santé publique, consacré aux médicaments à usage humain.

L'alinéa unique de cet article donne ainsi la possibilité à l'AFSSAPS d'autoriser, pour des raisons de santé publique, la mise sur le marché d'un médicament autorisé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, mais qui ne fait pas l'objet en France de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) prévue à l'article L. 5121-8 du même code, ni même d'une demande en cours d'instruction pour obtenir cette autorisation.

La dernière phrase de cet alinéa prévoit enfin que l'autorisation peut être délivrée « *pour une durée déterminée et renouvelée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat* », ces dispositions différant sensiblement de la rédaction retenue par l'article 7 du projet de loi n° 3062 précité, qui prévoyait la définition

(1) La procédure de reconnaissance mutuelle consiste en la reconnaissance par des Etats européens de l'AMM octroyée par un premier Etat européen, dit « de référence ». L'AMM ainsi délivrée est nationale.

(2) Rapport n° 3238 de Mme Cécile Gallez, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sur le projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire, déposé le 28 juin 2005.

des conditions d'autorisation des médicaments concernés « *par voie réglementaire* », sans qu'il soit fait mention du caractère limité dans le temps de l'autorisation.

Le **II** du présent article vise à compléter la rédaction de l'article L. 5123-2 du même code afin de permettre l'inscription des médicaments autorisés, en application du nouvel article L. 5121-9-1, sur la liste des médicaments, définie par arrêté par des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, que les collectivités publiques sont habilitées à acheter, fournir, prendre en charge et utiliser.

Il convient à cet égard de rappeler que le dernier alinéa du même article L. 5123-2 prévoit que l'inscription d'un médicament sur cette liste dite des médicaments agréés peut « *au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en œuvre ce médicament, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités* ».

Ainsi, les hôpitaux pourront désormais se procurer les médicaments autorisés dans le cadre de la nouvelle procédure, instituée par l'article L. 5121-9-1, dans des conditions analogues à celles prévues pour les médicaments sous AMM.

Dans le même sens, le **III** du présent article complète la rédaction du premier alinéa de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, afin de permettre l'application des dispositions relatives à la fixation du prix des médicaments faisant l'objet d'une rétrocession hospitalière⁽¹⁾ aux médicaments autorisés en application du nouvel article L. 5121-9-1, d'une part, ainsi qu'à ceux disposant de l'autorisation d'importation parallèle, mentionnée à l'article L. 5124-17-1 du code de la santé publique, d'autre part.

Ainsi, le prix de cession au public des spécialités disposant d'une AMM ou d'une des deux autorisations mentionnées ci-dessus et inscrites sur la liste de rétrocession, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), doit être égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé (CEPS) et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie, prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la délivrance de ces spécialités.

En outre, à défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, l'article L. 162-16-5 précité prévoit la fixation du prix de cession au public par le CEPS, dont il est également précisé qu'il doit tenir compte principalement « *des prix de ventes pratiqués pour cette spécialité, des prix des mêmes médicaments à visée thérapeutique, des volumes de ventes prévus ou*

(1) L'article L. 5126-4 du code de la santé publique prévoit en effet que, dans l'intérêt de la santé publique, la liste des médicaments que certains établissements de santé disposant d'un pharmacie à usage intérieur sont autorisés à vendre au public est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé (« liste rétrocession »).

constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament » ainsi que de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) et des frais liés à la gestion ou à la délivrance du médicament.

Cet article doit ainsi permettre de mettre en œuvre un nouveau dispositif cohérent avec les dispositions relatives aux médicaments disposant d'une AMM, afin notamment « *de ne pas favoriser ces médicaments pour lesquels l'exploitant fait preuve d'une mauvaise volonté à la mise sur le marché* », selon l'exposé des motifs du projet de loi.

Article 37

Conditions de prise en charge des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, abusif ou de mésusage

Cet article vise à aménager les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné ou abusif, par exemple certains traitements de substitution aux opiacés.

1. Le dispositif actuel

Introduit par l'article 17 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, à l'initiative de M. Yves Bur, l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale subordonne actuellement la prise en charge des « *soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné* », dont il était prévu que la liste soit fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, aux trois conditions cumulatives suivantes :

– le respect des dispositions prévues par l'article L. 324-1 du même code, qui prévoit l'établissement d'un protocole de soins dans certains cas, en particulier pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (*cf.* l'encadré présenté ci-dessous) ;

– l'obligation pour le patient d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance ;

– l'obligation pour le médecin de mentionner ce nom sur la prescription, celle-ci devant ensuite être exécutée par le pharmacien concerné.

Selon l'auteur de l'amendement, ces dispositions visaient à mettre en place un véritable parcours thérapeutique afin notamment de remédier aux « *dérives liées aux traitements de substitution aux opiacés (...) car les outils réglementaires actuels ne permettent pas de mettre fin aux prescriptions et consommations abusives* ⁽¹⁾ ». L'arrêté d'application prévu par l'article L. 162-4-2 précité n'a cependant toujours pas été publié à ce jour.

(1) Intervention de M. Yves Bur lors de l'examen en séance publique du projet de loi relatif à l'assurance maladie, le 8 juillet 2004.

Parallèlement, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a mis en œuvre, depuis 2004, un plan de contrôle des assurés suspects de détournement, voire de trafic, de traitements de substitution aux opiacés (TSO), par exemple la buprénorphine haut dosage, commercialisée sous la marque Subutex®.

Les protocoles de soins prévus par l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale

« En cas d'affection de longue durée (ALD) et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale, en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1°) de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert ;

2°) de se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3°) de s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4°) d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations. Le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, et le médecin conseil établissent conjointement un protocole de soins qui mentionne les obligations prévues ci-dessus. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit en outre, compte tenu des recommandations établies par la Haute autorité de santé, mentionnée à l'article L. 161-37, les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3. La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la haute autorité. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation. Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré. Les modalités de mise en oeuvre du présent article, notamment les conditions dans lesquelles l'assuré prend connaissance du protocole de soins et le communique au médecin lors de la prescription, sont fixées par décret. »

Selon les informations communiquées par la CNAMTS, ces actions de contrôle ont concerné 9 843 personnes, dont la dose moyenne journalière était au

moins deux fois la dose maximale, et qui se caractérisaient également par un nomadisme médical important.

Après contrôle de la justification médicale des consommations de TSO, les actions suivantes ont été mises en œuvre :

- dans 114 cas des procédures pénales ont été engagées ;
- dans 1 285 cas les dispositions prévues par l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale ont été appliquées (suspension de la prise en charge des prestations non justifiées médicalement) ;
- dans 6 261 cas il a été fait application des dispositions prévues par l'article L. 324-1 précité, qui prévoit l'établissement d'un protocole de soins non seulement pour les patients atteints d'une ALD, mais aussi en cas d'arrêt de travail et, en l'espèce, de « *soins continus supérieurs à une durée déterminée* ».

2. Les dispositions prévues par le projet de loi

Le présent article procède à une réécriture globale de l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale, afin de réserver l'établissement d'un protocole de soins aux seuls cas dans lesquels il existe un risque important et avéré d'usage détourné ou abusif. Dans la pratique, il est en effet apparu que « *ce protocole est susceptible de compliquer l'accessibilité des médicaments concernés chez les patients respectant le bon usage des soins* », selon l'exposé des motifs du projet de loi.

Le nouvel article L. 162-4-2 distingue ainsi deux cas de figure, selon que l'établissement d'un protocole de soins est (second alinéa) ou non (premier alinéa) nécessaire.

Le ***premier alinéa*** reprend pour partie les dispositions actuellement prévues par l'article L. 162-4-2, en les modifiant sur les quatre points suivants :

– Le champ du dispositif est tout d'abord élargi puisqu'il porte sur les soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, mais aussi désormais d'un « *mésusage* » ou d'un « *usage abusif* ».

– Il est précisé que l'arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixant la liste des produits concernés doit être pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

– Le remboursement par l'assurance maladie des produits ou traitements définis par arrêté est par ailleurs subordonné à l'obligation faite au patient d'indiquer au « *prescripteur* » – et non plus au médecin traitant – lors de chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance ainsi qu'à l'obligation pour le médecin de mentionner ce nom sur la prescription, qui doit alors être exécutée par ce pharmacien, comme le prévoit déjà l'article L. 162-4-2 dans sa rédaction actuelle.

– Enfin, la prise en charge de ces soins ou traitements n'est plus conditionnée à l'application des dispositions prévues par l'article L. 324-1 précité, c'est-à-dire à l'établissement d'un protocole de soins.

Le *second alinéa* prévoit par ailleurs un encadrement particulier pour les produits ou traitements présentant des « *risques importants* » de mésusage, d'usage détourné ou abusif.

Ainsi, l'élaboration du protocole de soins sera nécessaire pour ouvrir droit à la prise en charge par l'assurance maladie des soins ou traitements, qui seront spécifiquement désignés comme tels parmi la liste générale définie par l'arrêté prévu au premier alinéa :

– soit pour l'ensemble des patients « *en cas de risque majeur pour leur santé* » ;

– soit uniquement en cas de constatation d'usage détourné ou abusif par les services du contrôle médical de l'assurance maladie.

La dernière phrase de cet alinéa prévoit enfin que la prescription des soins ou traitements, qui auront été définis par l'arrêté susmentionné, pourra être antérieure à l'établissement du protocole de soins, ainsi que le prévoit actuellement le dernier alinéa de l'article L. 162-4-2.

En définitive, le présent article vise à apporter plus de souplesse au dispositif actuel, en permettant la définition d'un encadrement approprié à chaque produit, mais aussi à élargir son champ d'application à des médicaments de consommation plus large, notamment des psychotropes, qui peuvent également présenter des risques pour la santé des assurés et nécessitent en conséquence que leur utilisation soit mieux encadrée.

Article 38

Renforcement de l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux auprès du grand public

Cet article tend à insérer un nouvel article L. 165-8 dans le code de la sécurité sociale afin de renforcer la réglementation applicable en matière de publicité pour les dispositifs médicaux auprès du grand public.

1. Les carences de la réglementation actuelle

La publicité pour les médicaments à usage humain est aujourd'hui très strictement réglementée par les articles L. 5122-1 et suivants du code de la santé publique, qui résultent en grande partie de la transposition de différentes directives

communautaires ⁽¹⁾. Ces dispositions ne s'appliquent cependant à la publicité pour les dispositifs médicaux, qui ne fait l'objet que d'un encadrement juridique parcellaire et hétérogène.

Ainsi, en application de l'article L. 5122-14 du même code, toute publicité pour les produits autres que les médicaments « *présentés comme favorisant le diagnostic, la prévention ou le traitement des maladies, des affections relevant de la pathologie chirurgicale et des dérèglements physiologiques, le diagnostic ou la modification de l'état physique ou physiologique, la restauration, la correction ou la modification des fonctions organiques* » est soumise aux obligations suivantes :

– Elle ne doit pas être trompeuse ni porter atteinte à la protection de la santé publique, et doit présenter le produit de façon objective et favoriser son bon usage (article L. 5122-2 du même code).

– Lorsque la publicité est destinée au public, elle doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), dénommée visa de publicité, celui-ci pouvant, dans certains cas, être suspendu en cas d'urgence ou retiré par décision motivée de l'agence (article L. 5122-8 du même code).

– Lorsqu'elle s'adresse à des professionnels de santé habilités à prescrire, à dispenser ou à utiliser des dispositifs médicaux, la publicité doit faire l'objet, d'un dépôt auprès de l'AFSSAPS dans les huit jours suivant sa diffusion, cette publicité pouvant être suspendue, modifiée, voire interdite.

En outre, toute publicité ou propagande, sous quelque forme que ce soit, relative aux « *objets, appareils et méthodes, présentés comme favorisant le diagnostic, la prévention ou le traitement des maladies, des affections relevant de la pathologie chirurgicale et des dérèglements physiologiques, le diagnostic ou la modification de l'état physique ou physiologique, la restauration, la correction ou la modification des fonctions organiques* » peut être interdite par l'AFSSAPS, lorsqu'il n'est pas établi que lesdits objets, appareils ou méthodes possèdent les propriétés annoncées.

L'agence a également la possibilité de soumettre cette publicité à l'obligation de mentionner les avertissements et précautions d'emplois nécessaires à l'information du consommateur, conformément à l'article L. 5122-15 du même code.

Des dispositions spécifiques sont par ailleurs prévues s'agissant de la publicité pour les dispositifs à visée contraceptive, tels que les stérilets, par les articles R. 5134-11 et suivants du même code.

(1) Cf. les articles 86 et suivants de la directive n° 2001/83/CE du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, telle que modifiée par la directive n° 2007/27/CE du 31 mars 2004 du Parlement européen et du Conseil.

Enfin, de façon plus générale, il entre dans les prérogatives de l'AFSSAPS, en cas de danger pour la santé humaine, de suspendre ou d'interdire diverses opérations, parmi lesquelles la publicité, concernant les produits relevant de son champ de compétences, selon les modalités prévues par l'article L. 5312-1 du même code.

Ainsi, il a par exemple été jugé qu'eu égard aux précautions qui s'imposent en matière de protection de la santé publique et compte tenu des soupçons pesant sur l'innocuité des prothèses mammaires, la décision de l'agence d'interdire toute publicité les concernant auprès du grand public n'était pas entachée d'illégalité⁽¹⁾.

Or, tant la complexité que les carences de la réglementation actuelle rendent difficile, dans la pratique, la mise en œuvre de contrôles efficaces sur les actions publicitaires menées en faveur des dispositifs médicaux, alors même qu'ils représentent un poste de dépenses, dont la croissance est dynamique (+ 4,6 % des dépenses de remboursements du régime général en 2005, comme l'indique le tableau présenté ci-dessous).

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, il semble également qu'il y ait eu récemment un certain nombre de dérives en la matière, s'agissant notamment des chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire ou encore des lits médicaux pour les personnes obèses.

Il apparaît donc nécessaire de mieux encadrer la publicité pour les dispositifs médicaux auprès du public, ainsi que le propose le présent article.

2. Les dispositions prévues par le présent article

Cet article vise à compléter par un nouvel article L. 165-8, comportant trois alinéas, le chapitre V relatif aux dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que des médicaments et prestations associées, du titre VI (« *Dispositions relatives aux prestations et aux soins* ») du livre premier du code de la sécurité sociale.

(1) Conseil d'État, 29 juillet 2002, n° 232830, Société Polytech Silimed Europe.

**Évolution des dépenses de remboursements des dispositifs médicaux
par le régime général depuis 2004**

(en millions d'euros)

Libellés	2004	2005	Évolution
Appareils d'assistance respiratoire à domicile internes actives	384,5	418,8	8,9 %
Autres matériels de traitement à domicile	462,8	520,4	12,4 %
Matériels et appareils de contention	23,3	16,0	- 31,3 %
Matériels et appareils pour traitements divers	653,9	702,7	7,5 %
Articles de pansements	315,1	308,0	- 2,3 %
nutriments pour intolérants au gluten / aliments destinés à des fins médicales	1,6	1,9	25,0 %
Appareils générateurs d'aérosols	1,7	24,3	1 429 %
<i>Total titre I</i>	1842,9	1 992,1	8,1 %
Orthèses	189,6	220,6	16,4 %
Optique	146,4	148,7	1,6 %
Appareils électroniques correcteurs de	60,7	64,8	6,8 %
Prothèses externes non orthopédiques	4,3	5,9	37,2 %
Prothèses oculaires et faciales	11,6	7,6	- 34,5 %
Podo-orthèses	53,2	55,7	4,7 %
Orthoprothèses	111,8	120,9	8,1 %
Accessoires prothèses	1,5		
<i>Total titre II</i>	579,1	624,2	7,8 %
Prothèses internes inertes	628,5	551,5	- 12,3 %
Prothèses internes actives	78,1	95,9	- 22,8 %
Écart indemnisable	0,6	1,1	83,3 %
<i>Total titre III</i>	707,2	648,5	- 8,3 %
<i>Titre IV Véhicules pour personnes handicapées à l'achat</i>	70,3	81,5	16,1 %
Total titre I, II et IV	2 492,3	2 697,8	8,3 %
Total titre I, II, III et IV	3 199,5 908	3 346,3	4,6 %

Source : rapport d'activité du Comité économique des produits de santé (CEPS) de juillet 2006

Le **premier alinéa** pose tout d'abord le principe général, selon lequel il est interdit dans une publicité à destination du public en faveur de dispositifs médicaux inscrits au remboursement – c'est-à-dire figurant sur la liste des produits ou prestations (LPP), prévue à l'article L. 165-1 du même code – de mentionner le fait qu'ils sont remboursables par l'assurance maladie.

Le **deuxième alinéa** de cet article précise toutefois que cette règle générale ne s'oppose pas à ce que les vendeurs de tels produits ou prestations (qui peuvent être des pharmacies, mais aussi des entreprises privées, en général spécialisées dans la vente de matériel médical) donne au consommateur, « sur le lieu de la vente et au moment de celle-ci », des informations sur leur prix ainsi que sur leurs conditions de prise en charge par l'assurance maladie, y compris ceux de leurs « différents éléments constitutifs dans le cas de dispositifs modulaires et des

adjonctions ou suppléments éventuels » (concernant par exemple les différentes pièces d'un fauteuil roulant).

Le **dernier alinéa** prévoit enfin que les infractions au présent article sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions à l'article L. 121-1 du code de la consommation⁽¹⁾. Ainsi, les agents de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) seront habilités à les constater, au moyen de procès-verbaux sur l'ensemble du territoire national.

Enfin, le non-respect des dispositions prévues par le présent article sera passible d'une amende de 37 500 euros, dont le montant maximum pourra être porté à la moitié des dépenses de la publicité constituant l'infraction.

Article 39

Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité

Cet article modifie plusieurs dispositions relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) qui est le nouveau mode de financement des établissements de santé.

On peut rappeler que la T2A est mise en œuvre d'une part dans les cliniques, depuis le 1^{er} mars 2005, et d'autre part dans les hôpitaux de manière progressive, en huit ans, sur la période 2005-2012, pour ce qui concerne les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Durant la période de montée en charge, les établissements anciennement sous dotation globale perçoivent donc un reliquat de dotation globale, appelé dotation annuelle complémentaire (DAC), qui complète le financement partiel par les tarifs.

En 2006, les tarifs représentent 35 % du financement et la DAC 65 %. Depuis le 1^{er} janvier 2006, les activités d'hospitalisation à domicile sont rémunérées à 100 % par les tarifs. En revanche, les soins de suite ou de réadaptation, la psychiatrie et la chirurgie ambulatoire continuent d'être financés par des dotations annuelles de financement (DAF). Par ailleurs, certaines missions d'intérêt général, d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MIG) et les aides à la contractualisation (AC) entre les établissements et les ARH sont financées par les dotations MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation).

(1) *Celui-ci pose le principe de l'interdiction de « toute publicité comportant, sous quelque forme que ce soit, des allégations, indications ou présentations fausses ou de nature à induire en erreur, lorsque celles-ci portent sur un ou plusieurs des éléments ci-après ; existence, nature, composition, qualités substantielles, teneur en principes utiles, espèce, origine, quantité, mode et date de fabrication, propriétés, prix et conditions de vente de biens ou services qui font l'objet de la publicité, conditions de leur utilisation, résultats qui peuvent être attendus de leur utilisation, motifs ou procédés de la vente ou de la prestation de services, portée des engagements pris par l'annonceur, identité, qualités ou aptitudes du fabricant, des revendeurs, des promoteurs ou des prestataires. »*

Le paragraphe **I** a pour objet de ramener la date d'entrée en vigueur des forfaits annuels qui rémunèrent les activités de prélèvements, de transplantations et d'urgence du 1^{er} mars au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Actuellement, les tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation destinés à rémunérer les séjours d'hospitalisation classés en groupes homogènes de séjours (GHS) et les hospitalisations à domicile correspondant aux groupes homogènes de tarifs (GHT), le montant des forfaits annuels et des coefficients géographiques qui visent à compenser des disparités géographiques de coûts justifiées concernant les activités de MCO entrent en vigueur au 1^{er} mars de l'année.

À partir de 2007, les forfaits annuels prendront effet au 1^{er} janvier, comme les dotations annuelles (dotations annuelles complémentaires, dotations annuelles de financement et dotations de financement des MIGAC).

Les tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation et les coefficients géographiques continueront d'entrer en vigueur le 1^{er} mars.

Il s'agit donc d'une mesure de simplification bienvenue, quoique limitée, qui permettra d'améliorer la lisibilité du dispositif de financement pour les acteurs hospitaliers et qui devrait contribuer à faciliter la préparation des budgets des établissements. Cette modification répond, en outre, à une demande des gestionnaires des établissements de santé et va dans le sens des préconisations du récent rapport de la MECSS sur la T2A.

Le paragraphe **II** proroge plusieurs dispositions transitoires concernant la facturation des prestations par les établissements de santé, le calcul de la participation de l'assuré et les modalités de versement de la dotation annuelle complémentaire, des forfaits annuels et des MIGAC.

Initialement, il était prévu qu'à partir de 2006 les établissements anciennement financés par dotation globale factureraient les prestations d'hospitalisation directement à l'assurance maladie, sans passer par l'interface des ARH. En 2005, une dérogation a été prévue afin de laisser le temps aux caisses d'assurance maladie et aux établissements de santé d'adapter leurs systèmes d'information. Les établissements ont donc continué de transmettre leurs données d'activités de MCO ainsi que la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations aux ARH. Ces dernières ont également continué de valoriser les consommations et les activités de chaque établissement en appliquant les tarifs des prestations et d'arrêter le montant ainsi calculé qu'elles ont notifié ensuite à l'établissement et à la caisse-pivot. Compte tenu des difficultés d'adaptation des systèmes d'information, la facturation directe aux caisses d'assurance maladie n'a pu rentrer en application en 2006 et le système applicable en 2005 a été maintenu (paragraphe III de l'article 8 de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions

relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière).

Actuellement, moins de 50 % des établissements publics de santé MCO sont en mesure de produire des flux de facturation dématérialisés.

Il est donc proposé de prendre acte de ces retards dans la généralisation de la télétransmission et dans la migration vers une nouvelle infrastructure d'échanges par messagerie sécurisée et, en conséquence, de reporter, une nouvelle fois, l'application de la facturation directe aux caisses, au plus tard au 31 décembre 2008. Ce nouveau délai d'au maximum deux années doit permettre de procéder aux adaptations nécessaires, selon des modalités et un calendrier fixé par arrêté.

Par ailleurs, la mise en place de la T2A suppose de modifier les règles de calcul de la participation de l'assuré.

Actuellement, le ticket modérateur de 20 %, qui est supporté par les assurés sociaux lorsqu'ils n'en sont pas exonérés, est encore calculé sur les tarifs journaliers de prestations (TJP) dont les montants sont variables selon les disciplines et les établissements. Le nouveau mode de financement à l'activité devrait logiquement conduire à calculer le ticket modérateur sur le tarif des GHS. Cependant, si le ticket modérateur était maintenu au même taux, la masse des tickets modérateurs diminuerait, puisque les MIGAC sont déduites de la base activité ainsi que les actes externes qui sont remboursés à part. En 2005, l'application de la nouvelle règle de calcul aurait fait passer l'assiette du ticket modérateur de 35 milliards d'euros (assiette TJP) à 26,5 milliards (base activité GHS) et aurait, en conséquence, accru sensiblement le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie.

Par ailleurs, le patient hospitalisé qui supporte le ticket modérateur doit, compte tenu des règles de combinaison du ticket modérateur et du forfait journalier, payer les deux contributions dans la limite de celle dont le montant est le plus élevé. Par exemple, pour une hospitalisation de dix jours, le patient doit 160 euros de forfait journalier et un ticket modérateur de 600 euros. En fait, compte tenu de la règle du plafonnement, le patient se verra facturer non pas 760 euros mais 600 euros, dont 160 euros au titre du forfait journalier et 440 euros au titre du ticket modérateur. Cette règle entraîne donc un second effet, indirect, sur le calcul du ticket modérateur.

Dans l'attente de la réforme des règles de calcul de la participation de l'assuré et afin d'éviter un transfert de charges de l'assuré vers l'assurance maladie du fait de la réduction du périmètre des charges couvertes par les GHS par rapport aux TJP, il est proposé de maintenir, pendant au maximum deux années, en 2007 et 2008, la règle de calcul de la participation sur la base des tarifs journaliers de prestations fixés par le directeur de l'ARH pour chaque établissement.

Sont en outre prorogées, également pour au maximum deux années, les dispositions transitoires relatives à la répartition des sommes versées aux établissements au titre de la dotation annuelle complémentaire, des forfaits annuels et des MIGAC. Dans la mesure où il n'y a pas de facturation individuelle aux caisses d'assurance maladie, la répartition des sommes versées aux établissements ne peut se faire que selon le régime prévu pour la dotation annuelle et non au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente par chacun des régimes pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique comme cela est prévu par l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale.

Le paragraphe **III** prévoit la suppression progressive du coefficient de haute technicité et le redéploiement des sommes qu'il générerait dans les tarifs nationaux des prestations d'hospitalisation (groupes homogènes de séjour – GHS).

Actuellement, le coefficient de haute technicité permet à un tiers des établissements privés antérieurement financés par un prix de journée (400 sur 1 200) de bénéficier d'un supplément de recettes de 1 % à 25 %, par le biais d'une majoration de l'ensemble des tarifs des GHS et des suppléments journaliers, au titre des lits classés en soins particulièrement coûteux de chirurgie (supplément SPC). Les suppléments SPC, représentaient 200 millions d'euros en 2005, soit 2 % de l'ODMCO (objectif de dépenses d'assurance maladie commun aux activités de MCO incluses dans le périmètre de la T2A).

Compte tenu de l'évolution de l'organisation de l'activité de réanimation et des divers suppléments de réanimation définis dans le cadre de la T2A, cet avantage financier, maintenu à la demande de la Fédération de l'hospitalisation privée, n'a plus lieu d'être. La MECSS, dans son récent rapport sur la T2A, avait demandé la suppression de ce dispositif et le redéploiement des sommes qui y sont consacrées dans les tarifs de GHS et supplément T2A.

Il est proposé de réduire progressivement le coefficient de haute technicité, en six ans, pour le ramener à la valeur 1 en 2012. L'écart entre la valeur du coefficient et la valeur 1 devant être réduit d'au moins 50 % en 2009.

Le paragraphe **IV** supprime l'agrément ministériel des conventions collectives de travail, conventions d'entreprise ou d'établissements et accords de retraite applicables dans les établissements de santé privés à but non lucratif et le caractère opposable de ces conventions à l'autorité de tarification qui sont actuellement prévus par l'article L. 314-6 du code de la sécurité sociale.

Il est considéré que le mode de financement par des tarifs et forfait nationaux, applicables indifféremment à tous les établissements de santé, publics ou privés, s'oppose à la prise en compte des conséquences financières de la modification d'une convention collective puisqu'il n'est pas possible d'ajuster ponctuellement ces tarifs. La suppression de l'agrément vise à redonner liberté d'action et responsabilité aux gestionnaires d'établissements qui auront toute

latitude pour mener leurs politiques salariales et sociales dans le cadre des ressources fixées en début d'année, et fondées sur la prévision d'évolution de la masse salariale des établissements publics de santé.

Le 1° supprime, dans l'article L. 314-6 du code de la sécurité sociale, le principe de l'agrément des conventions collectives et des accords de travail applicables aux salariés des établissements de santé et le caractère opposable de ces accords à l'autorité de tarification.

Le 2° supprime, en conséquence, un alinéa du même article, précisant le champ des conventions et accords concernant les établissements de santé qui devaient être agréés.

Le 3° supprime, aussi en conséquence, l'obligation pour le gouvernement de présenter un rapport d'évaluation annuel du coût des nouveaux engagements pris dans les conventions et accords agréés concernant les personnels des établissements de santé.

Les paragraphes **V** et **VI** relèvent de la même logique que les dispositions prévues par le paragraphe **IV**.

Le **V** modifie l'article L. 123-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que les conséquences financières de l'agrément des conventions collectives de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) ne sont pas opposables à l'autorité de tarification pour ce qui concerne les établissements de santé gérés par les unions pour la gestion des établissements de l'assurance maladie (UGEAM). L'agrément des conventions collectives de l'UCANSS ne peut être supprimé puisqu'il s'applique également aux personnels des caisses de sécurité sociale.

Le **VI** prévoit que dans les établissements de santé gérés par les UGEAM, les décisions et accords de l'UCANSS ne s'imposent pas à l'autorité de tarification.

Les paragraphes **VII** à **IX** étendent les règles relatives à la tarification à l'activité aux activités de médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCO) des hôpitaux des armées. L'application des nouvelles dispositions interviendra au plus tard le 1^{er} juillet 2009.

Afin de laisser au service de santé des armées le délai nécessaire pour mettre en place les systèmes d'information nécessaires au codage de l'activité de ses hôpitaux d'instruction des armées, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, n'a pas intégré ce service dans le champ de la tarification à l'activité. Les prestations de diagnostic, de surveillance et de traitement dispensées aux assurés sociaux, sont donc actuellement financées par une dotation annuelle de financement. Le système d'information du service de santé des armées permet aujourd'hui, d'envisager d'étendre la T2A aux activités de MCO. Ces dernières

seraient donc financées par l'ODMCO, les activités de psychiatrie et SSR restant financées par l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Le paragraphe VII ajoute un alinéa à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale prévoyant que les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation du service de santé des armées ainsi que l'ensemble des activités de soins de l'Institut national des invalides sont financées par l'ONDAM.

Le paragraphe VIII propose une nouvelle rédaction de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale qui prévoit :

– l'application aux hôpitaux des armées des articles dudit code concernant la dispense d'avance de frais (article L. 162-21-1), les tarifs de GHS (article L. 162-22-6), la prise en charges des médicaments en sus des tarifs (article L. 162-22-7), les forfaits annuels (article L. 162-22-8), la fixation annuelle et la modification infra annuelle des éléments de financement (article L. 162-22-10), les coefficients géographiques (article L. 162-22-11), la fixation et l'attribution des dotations MIGAC (articles L. 162-22-13 et L. 162-22-14), les sanctions financières en cas de manquement aux règles de facturation (article L. 162-22-18) ainsi que les règles relatives à la tarification des consultations et actes externes ou délivrés par les services d'urgence (article L. 162-26) ;

– de confier aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale les compétences du directeur ou de la commission exécutive de l'ARH ;

– de confier à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, les missions, normalement dévolues par les articles L. 174-2 et L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale aux caisses primaires d'assurance maladie, de versement des dotations et de remboursement de la part des prestations prises en charge par l'assurance maladie ;

– d'intégrer les dépenses d'assurance maladie afférentes aux activités de MCO des hôpitaux d'instruction des armées dans l'objectif de dépenses MCO (ODMCO) prévu par l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

– la publication d'un décret en Conseil d'Etat pour préciser les conditions et délai d'application de ces dispositions.

En conséquence, le paragraphe VIII insère dans le code de la sécurité sociale trois articles qui prévoient, d'une part que les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation du service de santé des armées (article L. 174-15-1) ainsi que l'ensemble des activités de soins de l'Institut national des invalides (article L. 174-15-2) resteront financées par une dotation annuelle de financement à caractère limitatif, d'autre part l'application des règles prévues par l'article L. 174-4 relatives au forfait hospitalier (article L. 174-15-4).

Le paragraphe IX prévoit que l'extension de la T2A aux activités de MCO des hôpitaux des armées entrera en vigueur dans des conditions et à la date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} juillet 2009.

Article 40

Possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés

Cet article a pour objectif de permettre aux hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés sous statut de praticien hospitalier ou recrutés par contrat lorsqu'ils rencontrent des difficultés à organiser les soins de court séjour en ayant recours à des médecins généralistes libéraux.

Actuellement l'organisation des soins dans les hôpitaux locaux repose sur deux piliers : les soins courants de médecine sont assurés par des médecins généralistes libéraux payés à l'acte et les actes médicaux plus complexes par des praticiens hospitaliers exerçant dans un centre hospitalier public ou des médecins spécialistes travaillant dans un établissement de santé privé avec lesquels l'hôpital local a passé une convention.

Chaque hôpital local doit passer convention avec des établissements de santé disposant de plateaux techniques performants et de services de réanimation pour permettre un transfert dans de bonnes conditions des patients dont l'état de santé nécessiterait une intervention chirurgicale ou une hospitalisation dans un service de soins intensifs. Chaque hôpital local organise donc un partenariat avec un ou des établissements de santé pour disposer de compétences médicales spécialisées et d'un accès organisé à un plateau technique (article R. 6141-20 et 21 du code de la santé publique).

Il est intéressant de donner quelques éléments statistiques sur les hôpitaux locaux même si les données disponibles ne sont pas très récentes. Les hôpitaux locaux représentent 355 établissements avec une capacité de 57 000 lits.

Nombre de lits dans les hôpitaux locaux

Activités	Hôpitaux locaux	Hôpitaux publics	Parts des lits en HL (par rapport aux hôpitaux publics)
Court séjour*	3 622	159 981	2,3 %
Soins de suite et de réadaptation (SRR)	5 476	38 375	14,3 %
Soins de longue durée	14 513	76 589	18,9 %
Hébergement**	32 739	95 231	34,4 %

* Le court séjour regroupe la médecine, la chirurgie et l'obstétrique

** Les hébergements regroupent l'hébergement complet et temporaire pour personnes âgées

Quant aux personnels médicaux, ils étaient évalués en 2000 à 2283 praticiens libéraux et 970 médecins salariés, dont 903 à temps partiels.

Personnels médicaux des hôpitaux locaux et de l'ensemble des hôpitaux publics au 1^{er} janvier 2000

Fonctions		Hôpitaux locaux		Hôpitaux publics	
		Effectifs	Répartition	Effectifs	Répartition
Praticiens relevant d'un statut	Médecins et biologistes	443	13,6 %	78 604	91,9 %
	Odontologistes	15	0,5 %	1 572	1,8 %
	Pharmaciens	286	8,8 %	2 347	2,7 %
Autres praticiens	Salariés	226	6,9 %	688	0,8 %
	Libéraux	2 283	70,2 %	2 358	2,8 %
Total		3 253	100 %	85 569	100 %

Source : ministère de l'emploi et de la solidarité – DREES - SAE

Composition des personnels médicaux des hôpitaux locaux au 1^{er} janvier 2000

Praticiens relevant d'un statut médecins et biologistes	Effectifs		
	Temps plein	Temps partiel	Total
Praticiens hospitaliers (sauf pharmacien) à temps plein	24	7	31
Praticiens hospitaliers à temps partiel (CHU)		103	103
Praticiens non intégrés à temps partiel (CHU)		1	1
Assistants généralistes des hôpitaux	5	1	6
Attachés	5	221	226
Praticiens hospitaliers nommés à titre provisoire	3	19	22
Praticiens contractuels (sauf pharmaciens)	8	42	50
Praticiens adjoints contractuels (sauf pharmaciens)	3	1	4
Total	48	395	443

Pour l'activité de court séjour, et plus particulièrement pour les actes de médecine, les hôpitaux locaux ne peuvent pas recruter de médecins salariés ou sous statut de praticien hospitalier. Cette possibilité de recrutement est cependant possible pour les soins de réadaptation fonctionnelle ou pour les soins de longue durée sur décision du conseil d'administration de l'hôpital et après avis de la commission médicale de l'établissement (articles R. 6141-29 et 30 du code de la santé publique).

Cette organisation des soins de médecine entraîne des difficultés d'organisation pour les hôpitaux locaux car les établissements ne disposent comme référent médical permanent que du médecin qui a été désigné par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation comme médecin responsable de la coordination des activités médicales et de l'organisation de la permanence des soins. Même si les généralistes libéraux autorisés à intervenir dans les

hôpitaux locaux prennent l'engagement de participer à tour de rôle à la permanence des soins pour intervenir en urgence si le besoin s'en fait sentir, il n'en demeure pas moins que l'absence de personnel médical attaché de manière permanente à l'établissement nuit parfois à la continuité et à la qualité des soins.

C'est pourquoi cet article prévoit la possibilité pour les hôpitaux locaux, qui ont des difficultés à trouver suffisamment de médecins généralistes libéraux pour assurer les soins courants, de recruter des médecins salariés soit sous statut contractuel soit sous statut de praticien hospitalier. Cette réforme vise à renforcer la médicalisation des hôpitaux locaux et l'attractivité des zones rurales qu'ils desservent.

L'article 40 du projet de loi complète donc l'article L. 6152-4 du code de la santé publique, dont le premier alinéa exclut le recours à des praticiens hospitaliers pour assurer les soins de courte durée dans les hôpitaux locaux, en introduisant un deuxième alinéa à l'article L. 6152-4 qui précise que l'hôpital local peut recruter des praticiens soit avec le statut de praticien hospitalier (référence au 1^o de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique), soit par le biais d'un contrat de travail (référence au 2^o du même article du code de la santé publique), s'il constate la carence de médecins généralistes libéraux pour assurer les soins courants de médecine.

Les modalités d'application de cet article seront fixées par voie réglementaire. Selon les informations données au rapporteur, la nécessité de recourir à des médecins salariés à temps plein ou à temps partiel devra être examinée au cas par cas selon l'activité de l'hôpital local, les spécificités de son environnement géographique et les caractéristiques de la démographie médicale locale. La commission médicale de l'établissement sera consultée sur cette possibilité et la décision en reviendra au conseil d'administration de l'hôpital local.

Article 41

Conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne

Cet article vise à aménager la procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires de diplômes obtenus hors de l'Union européenne (UE), afin notamment de mieux tenir compte de l'expérience acquise par les praticiens exerçant depuis de nombreuses années dans les établissements de santé français.

1. Les conditions actuelles d'autorisation d'exercice des praticiens titulaires de diplôme obtenu hors de l'Union européenne

L'article L. 4111-1 du code de la santé publique subordonne l'exercice de la médecine en France à la détention de la nationalité française ou communautaire, sauf exception, à l'obtention d'un diplôme français ou communautaire reconnu

comme équivalent et à l'inscription au tableau de l'ordre. Toutefois, les professionnels de santé titulaires d'un diplôme obtenu hors UE peuvent être autorisés à exercer en France sous certaines conditions.

• *Les dispositifs d'autorisation antérieurs à la loi du 27 juillet 1999*

Jusqu'en 1999, les médecins détenant un diplôme délivré hors de l'UE pouvaient obtenir une autorisation d'exercice, pleine ou restreinte, selon des dispositifs particuliers institués par le législateur en 1972, 1995 et 1999, qui sont aujourd'hui devenus caducs.

– En premier lieu, la loi du 13 juillet 1972 ⁽¹⁾ a permis aux médecins à diplôme non communautaire, hospitaliers ou libéraux, d'obtenir le droit au plein exercice de la médecine en France, à la condition qu'ils réussissent un examen de contrôle des connaissances – le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) – et après examen de leur dossier par une commission. Au total, selon le rapport de la Cour des comptes de mai 2006 sur les personnels des établissements publics de santé, 4 964 autorisations d'exercice ont été délivrées dans le cadre de cette procédure entre 1974 (année de mise en place de la procédure) à 2003.

– La loi du 4 février 1995 ⁽²⁾ a ensuite permis d'accorder le statut de praticien adjoint contractuel (PAC), sous certaines conditions, aux médecins hospitaliers en situation précaire, exerçant à l'hôpital en qualité d'étudiant « faisant fonction d'interne » (FFI), d'attaché associé ou d'assistant associé. Ce statut correspondait à une autorisation d'exercice restreinte, sous l'autorité du chef de service et uniquement dans l'établissement désigné dans l'arrêté de nomination.

– Pour les médecins ayant obtenu le statut de praticien adjoint contractuel (PAC), conformément à la loi de février 1995 précitée, le champ de l'autorisation d'exercice a été élargi sur deux points par la loi du 27 juillet 1999 ⁽³⁾.

En premier lieu, la validité de cette autorisation a été étendue à l'ensemble des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). En second lieu, la plénitude d'exercice a été accordée aux praticiens pouvant justifier de six ans de fonctions hospitalières rémunérées dans les hôpitaux français ou de trois ans en qualité de PAC. Ils ont ainsi eu la possibilité d'exercer en ville en libéral, en qualité de généraliste, puis de spécialiste, à la condition d'obtenir la qualification délivrée par le conseil de l'ordre des médecins. Selon le rapport précité de la Cour des comptes, 3 055 autorisations ont été délivrées dans ce cadre entre le 15 octobre 1999 et le 30 mai 2005.

(1) Loi n° 72-661 du 13 juillet 1972 relatives à certaines conditions d'exercice des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

(2) Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (DDOS).

(3) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU).

• *La nouvelle procédure d'autorisation (NPA)*

L'article 60 de la loi du 27 juillet 1999 a interdit le recrutement par les établissements de santé de praticiens titulaires d'un diplôme extracommunautaire selon les dispositifs antérieurs et institué une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice (NPA) s'y substituant. Cette procédure n'est toutefois entrée en vigueur que cinq ans après, en raison de la publication particulièrement tardive du décret d'application, le 10 juin 2004⁽¹⁾, ce délai ayant pour partie contribué à la persistance de situations précaires à l'hôpital.

Conformément à l'article L. 4111-2 du code de la santé publique, la NPA se déroule en trois temps :

– Un concours est prévu, dont le nombre de postes est fixé par le ministre chargé de la santé en fonction des besoins de santé publique, par spécialité. Il comprend trois épreuves écrites : une épreuve de connaissances académiques, une épreuve de connaissances pratiques et une épreuve permettant de démontrer une bonne maîtrise de la langue française, chacune de ces épreuves étant affectée d'une note éliminatoire. L'article L. 4111-2 précité prévoit que par ailleurs « *nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de sélection et à l'autorisation d'exercice* ».

– Les personnes ayant réussi ce concours doivent en outre avoir « *exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières* », afin d'évaluer la qualité de leur pratique professionnelle.

– L'autorisation d'exercice est ensuite délivrée individuellement par arrêté ministériel, pris après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes.

Le bilan de la nouvelle procédure d'autorisation (NPA)

« *L'arrêt du 21 juillet 2004 a ouvert au concours de 2005 155 postes dans quinze spécialités. Sous la pression d'une manifestation, ce nombre a ensuite été porté à 200 dans seize spécialités. L'année suivante, l'arrêt du 5 août 2005 a ouvert 599 postes au concours de 2006 dans 40 spécialités. 3 800 candidats se sont présentés au concours de 2005, dont les deux tiers étaient déjà en poste à l'hôpital. 183 postes sur les 200 ouvertes ont été pourvus. Aux reçus s'ajoutent 31 médecins inscrits sur la liste d'aptitude à titre dérogatoire en qualité de réfugiés politiques, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial.* »

Source : rapport de la Cour des comptes sur les personnels des établissements publics de santé (mai 2006)

Ainsi, comme le souligne l'exposé des motifs du projet de loi, le caractère très sélectif et contraignant de la NPA (cf. l'encadré ci-dessus) est « *garant de l'excellence du niveau de compétence des candidats à l'autorisation d'exercice et*

(1) Les dispositions prévues par le décret n° 2004-508 du 8 juin 2004 ont été codifiées aux articles D. 4111-1 à D. 4111-17 et D. 4221-1 à D. 4221-11 du code de la santé publique.

de leur aptitude à s'intégrer dans une communauté de travail. Par ailleurs, il garantit durablement une maîtrise des flux compatible avec les besoins démographiques et leur évolution ».

• *Les infractions à la réglementation actuelle concernant les autorisations d'exercice restreintes*

Les praticiens titulaires d'un diplôme délivré hors UE, qui n'ont pas obtenu une autorisation de plein exercice dans les conditions précédemment décrites, peuvent toutefois avoir été recrutés par des établissements de santé publics, dans le cadre d'une autorisation restreinte, en qualité d'assistant associé, de praticien attaché associé⁽¹⁾ – dont les titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS) – ou, pour ceux suivant une formation spécialisée en médecine, en qualité de « faisant fonction d'interne » (FFI). Dans le cadre de ce statut, ils ne sont dès lors pas habilités à exercer seuls et doivent être sous la responsabilité d'un médecin de plein exercice.

S'agissant plus particulièrement des FFI, ces médecins ont en principe une attestation de formation spécialisée (AFS) ou une attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA), délivrées pour une courte durée par l'université, et ont vocation à occuper des postes d'interne agréés par la faculté et non pourvus par des internes de facultés de médecine. Dans la pratique cependant, un certain nombre d'irrégularités ont été constatées, en particulier pour les médecins recrutés en qualité de FFI, qui occupent parfois des postes d'assistant, voire de praticien, tout en ayant la rémunération correspondant à leur statut. C'est notamment le cas dans les établissements où il existe de nombreux postes vacants.

En définitive, si la loi du 27 juillet 1999 a en principe prohibé le recrutement de nouveaux praticiens à diplôme hors UE en dehors de la NPA, un nombre significatif d'entre eux continuent d'exercer sous d'anciens statuts contractuels ou en dehors du champ de leur autorisation restreinte d'exercice, la NPA n'ayant pas permis de régulariser la situation de nombreux praticiens.

Le présent article propose dès lors d'aménager la procédure d'autorisation.

2. Les dispositions prévues par le projet de loi

Le présent article comporte quatre paragraphes concernant les conditions d'exercice des médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens titulaires de diplôme hors UE, qui distinguent deux cas de figure. Ainsi, parallèlement au *concours* prévu au titre de la NPA, qui n'est pas modifiée pour les nouveaux candidats, il est proposé d'instituer un *examen* particulier pour les professionnels recrutés par les hôpitaux avant l'entrée en vigueur de la NPA, en juin 2004.

(1) *Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 27 juillet 1999, les assistants associés et praticiens attachés associés ne peuvent plus être recrutés par les établissements de santé. En revanche, en application de l'article 60 de cette loi, ceux qui ont exercé des fonctions hospitalières avant cette date peuvent les poursuivre, les reprendre ou être recrutés selon de nouvelles conditions statutaires.*

- *La procédure de droit commun au titre de la NPA*

Le I du présent article procède à une réécriture du I de l'article L. 4111-2 précité, concernant les médecins, chirurgiens dentistes et sages-femmes à diplôme extracommunautaire.

Le *premier alinéa* prévoit ainsi que le ministre chargé de la santé a la possibilité, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, d'autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention.

Par rapport aux dispositions actuelles de l'article L. 4111-2, plusieurs modifications sont apportées. Il n'est plus précisé que les diplômes ou autres titres sont « *de valeur scientifique attestée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur* ». Les dispositions prévoyant que les personnes concernées « *doivent avoir été classées en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances* » sont d'autre part supprimées, le deuxième alinéa nouveau de cet article précisant le contenu de ces épreuves. Les dispositions concernant la composition de la commission sont en revanche identiques. Enfin, il n'est plus fait mention de ce que la commission doit rendre un avis dans l'année suivant l'année de la candidature.

Le *deuxième alinéa* prévoit que ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves de vérification de leur maîtrise de la langue française et des connaissances organisées par profession, discipline ou spécialité. Les conditions d'organisation de ces épreuves ainsi que le nombre maximal de candidatures par personne seront définies par voie réglementaire.

La dernière phrase de cet alinéa dispose que le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves pour chaque profession et pour chaque discipline ou spécialité sera fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Toutefois, le IV du présent article prévoit que ces dispositions ne s'appliquent pas aux praticiens qui remplissent certaines conditions relatives à leur durée d'exercice et à leur date de recrutement dans un établissement de santé. Pour ces professionnels, les épreuves de contrôle des connaissances prendront donc la forme d'un examen et non pas d'un concours.

Par ailleurs, le *troisième alinéa* prévoit que le nombre de postes ouverts aux épreuves de vérification des connaissances, mentionné à l'alinéa précédent n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises, ainsi qu'il est prévu par l'actuel article L. 4111-2. Sont toutefois supprimées les dispositions actuelles prévoyant que pour ces personnes, outre la

commission, un « *jury de la discipline concernée* » donne son avis avant la délivrance d'une autorisation d'exercice par le ministre.

Le *quatrième alinéa* prévoit tout d'abord que les lauréats, candidats à la profession de médecin, doivent en outre justifier de trois ans de « *fonctions accomplies dans un service agréé pour la formation des internes* », terme plus précis que la référence actuelle aux « *fonctions hospitalières* ». Cet alinéa introduit également la possibilité de prendre en compte les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves, après avis de la commission susmentionnée et dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Le *dernier alinéa* prévoit enfin que nul ne peut être candidat plus de deux fois, comme c'est actuellement le cas, aux épreuves de « *vérification des connaissances* » (et non plus de « *sélection* ») et à l'autorisation d'exercice.

Le **II** du présent article insère un nouveau paragraphe (*I bis*) à l'article L. 4111-2, qui concerne les professionnels de santé ayant obtenu certains diplômes dans l'Union européenne.

Son *premier alinéa* prévoit en effet qu'après avis de la commission susmentionnée, le ministre de la santé dispose également de la possibilité d'autoriser individuellement à exercer des ressortissants d'un Etat autre que ceux membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans l'un de ces Etats, conformément aux obligations communautaires. Ces dispositions sont identiques à celles actuellement prévues par le troisième alinéa de l'article L. 4111-2. Il est par ailleurs précisé que le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer pour chaque profession et, en ce qui concerne la profession de médecin, pour chaque discipline ou spécialité, est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le *dernier alinéa* de ce paragraphe prévoit enfin que nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice.

Le **III** du présent article procède à des modifications analogues à l'article L. 4221-12 du même code, concernant les pharmaciens titulaires d'un diplôme hors UE.

Son *premier alinéa* prévoit ainsi que le ministre chargé de la santé peut, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, autoriser individuellement à exercer la pharmacie les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de pharmacien dans le pays d'obtention.

Le *deuxième alinéa* dispose que ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves de vérification de leur maîtrise de la langue française et des connaissances qui peuvent être organisées par spécialité. Les conditions d'organisation de ces épreuves ainsi que le nombre maximum de candidats

susceptibles d'être reçus à ces épreuves seront fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le troisième alinéa prévoit que le nombre maximum mentionné à l'alinéa précédent n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

Le quatrième alinéa prévoit que les lauréats doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis du conseil mentionné au premier alinéa. Les conditions d'exercice de ces fonctions sont fixées par voie réglementaire.

Le dernier alinéa prévoit enfin nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice.

• *La procédure particulière pour les titulaires d'un certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) et les professionnels recrutés avant juin 2004*

Le **IV** du présent article comporte certaines dispositions particulières applicables aux professionnels de santé visant notamment à mieux tenir compte de leur expérience dans les établissements de santé français.

Ainsi le *premier alinéa* prévoit que le nombre de postes ouverts aux épreuves de vérification des connaissances ne s'applique pas à certains praticiens, pour lesquels des conditions et modalités particulières d'inscription aux épreuves seront également définies par voie réglementaire. Cette procédure concerne ainsi les praticiens :

– qui ont exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004, date de l'entrée en vigueur du décret instituant la NPA, dans un établissement de santé public ou PPSPH, ayant passé une convention en application des dispositions des articles L. 6142-5 et L. 6162-5 du même code ;

– qui totalisent trois ans de fonctions et justifient de fonctions rémunérées au cours des deux ans précédent la publication de la présente loi.

Pour ces professionnels, il s'agira donc bien d'un examen, et non pas d'un concours, ce qui évitera, tout d'abord, une mise en concurrence avec les médecins à diplômes hors Union européenne qui n'exercent pas actuellement dans les hôpitaux français. Ses modalités pratiques permettront d'autre part de mieux tenir compte de l'expérience acquise au cours de l'exercice hospitalier.

Le deuxième alinéa de ce paragraphe prévoit par ailleurs que les personnes ayant réussi les épreuves de validation des connaissances dans le régime antérieur, mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée et qui justifient de fonctions rémunérées au cours des deux

ans précédent la publication de la future loi, sont réputées avoir satisfait aux épreuves prévues par le nouvel article L. 4111-2.

Ainsi, les personnes ayant réussi les épreuves de l'ancienne procédure dite « loi 1972 », c'est-à-dire titulaires d'un certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) n'auront pas à passer de nouveau l'examen prévu dans le cadre de la NPA et pourront se présenter directement devant la commission d'autorisation d'exercice. À cet égard, il convient de rappeler que, selon le Conseil de l'ordre des médecins ⁽¹⁾, sur les 6 750 praticiens à diplôme étranger n'ayant toujours pas d'autorisation d'exercice légal de la médecine sur le territoire français, environ 200 ont satisfait aux épreuves écrites et orales du CSCT 2001 (dernière session), mais n'ont pas obtenu d'autorisation du fait du quota de postes.

Enfin, *le dernier alinéa* du IV du présent article prévoit qu'à titre dérogatoire, les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article, c'est-à-dire recrutés avant le 10 juin 2004, pourront poursuivre leurs fonctions en qualité de praticien attaché associé ou d'assistant associé jusqu'à épuisement de leurs droits à concourir et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011.

Si l'impact financier de cette mesure est difficile à évaluer précisément, son coût pourrait être de l'ordre de 14 millions d'euros, selon les informations communiquées par le gouvernement.

Article 42

Répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée

Les III et IV de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ont mis en place une procédure de répartition des capacités d'accueil des unités de soins de longue durée (USLD) ainsi que de leurs ressources financières provenant de l'assurance maladie (*cf.* rapport de M. Jacques Domergue n° 2609, tome 2, p. 82). Les établissements concernés sont ceux visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, à savoir « *les établissements de santé, publics ou privés, qui ont pour objet de dispenser des soins de longue durée, avec hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien* ».

Le présent article propose de réaménager le calendrier de mise en place de cette répartition des lits et des crédits, qui devait en principe intervenir avant le 1^{er} janvier 2007, et clarifie la rédaction du dispositif sans modifier le contenu des procédures administratives prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Ce réaménagement permet également aux organes délibérants gestionnaires des établissements ayant des USLD de choisir le rythme de mise en

(1) « *Étude sur la problématique des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE)* », rapport adopté par le Conseil national de l'ordre des médecins le 28 avril 2006.

place de la réforme en leur sein, avec une échéance en 2010, afin de préserver leur autonomie de gestion et de leur permettre de mener les réorganisations nécessaires dans les meilleures conditions pour les patients et les résidents. Le III de l'article 46 précité est totalement réécrit et le IV, qui met en place une procédure dérogatoire en cas de non-respect du calendrier fixé par le III, est abrogé.

On compte environ 79 000 lits répartis dans 1 044 USLD dont 537 disposent d'une convention tripartite (au 3 juillet 2006). Ces USLD offrent des prestations mêlant les soins de longue durée, le court et moyen séjour hospitalier, l'accueil médico-social de personnes âgées comparable à celui fourni par de nombreuses maisons de retraite. L'objectif est de modifier la répartition des lits et des crédits entre les soins de longue durée et l'accueil médico-social. Les premiers résultats des enquêtes montrent que l'activité gériatrique effective des USLD se répartit en 70 % de médico-social et 30 % de soins de longue durée.

Aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui ont la tutelle des établissements de soins et fixent le montant des dépenses de soins des USLD, et les préfets des départements, qui ont la tutelle des établissements sociaux et médico-sociaux dont la tarification relève de l'Etat, devaient avoir fixé conjointement, avant le 1^{er} janvier 2007, dans chaque département et par établissements accueillant des personnes relevant de soins de longue durée, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui englobe, à nouveau depuis 2006, les activités des USLD conformément au 3^o de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 174-5 du même code qui définit le régime des dépenses des USLD et de l'ONDAM médico-social qui est géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en application de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et concerne les prestations de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux ⁽¹⁾.

L'objectif est de déterminer la nature des besoins en prestations des USLD selon leur caractère sanitaire ou médico-social afin de procéder à une répartition des places et des crédits selon qu'ils relèvent de l'ONDAM de droit commun ou de l'ONDAM médico-social. Les unités de soins de longue durée accueillent en effet des patients relevant plutôt du secteur médico-social et des patients qui, par leur santé fragile et leurs pathologies, exigent une prise en charge sanitaire. Les crédits de l'ONDAM hors action médico-sociale ne doivent être orientés que vers cette seconde catégorie de patients, les premiers bénéficiant des crédits de la CNSA tirés de l'ONDAM médico-social. Cette réorganisation des dépenses relevant de l'ONDAM a été réalisée par les I et II de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui ont transféré les dépenses des

(1) L'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles dresse la liste de ces établissements qui sont ceux accueillant ou accompagnant les personnes handicapées ou les personnes âgées dépendantes, y compris ceux fournissant des prestations de soins (foyers d'accueil médicalisé, centres d'action médico-social).

USLD de l'ONDAM médico-social vers l'ONDAM de droit commun régi par les articles L. 174-1-1 et L. 174-5 du code de la sécurité sociale.

La loi ne concerne aucunement les maisons de retraite dont les capacités ne sont pas examinées pour évaluer la répartition effective entre les besoins de leurs résidents en soins de longue durée et les besoins sociaux et médico-sociaux. Le gouvernement n'a pas décidé d'évaluer le nombre de patients des maisons de retraite relevant d'un accueil en USLD.

Pour procéder à la répartition des capacités d'accueil et des crédits entre les USLD, un référentiel « *définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée* » a été mis au point. Cet instrument, prévu désormais dans la nouvelle rédaction du III de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 par son deuxième alinéa, permet de classer les prestations dispensées aux patients en USLD selon leur objet sanitaire ou médico-social et donc de déterminer la proportion de places en USLD qui doivent être orientées vers des projets médico-sociaux et celle de places ayant pour objet un traitement sanitaire. Lorsque des soins lourds s'imposent, les places doivent être orientées vers des projets adaptés à des structures médicalisées ou gériatriques : il est alors justifié que les crédits sortent de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA pour être traités selon la procédure de l'article L. 174-1-1.

Les premiers résultats des coupes transversales montrent que les places en USLD se répartissent globalement en 30 % de places occupées par des « hospitalo-requérants » dont l'état sanitaire impose une prise en charge lourde et en 70 % de places à vocation médico-sociale.

Le référentiel a été défini par un arrêté du 12 mai 2006 publié au *Journal officiel* du 25 mai.

Ce référentiel doit permettre aux caisses régionales d'assurance maladie de réaliser des enquêtes sanitaires dites « coupes transversales ». Ces enquêtes consistent à sélectionner des groupes de patients par GIR et à analyser leurs charges en soins supportés par l'assurance maladie grâce à l'outil logiciel Pathos. L'outil Pathos évalue la quantité de soins requis, selon les bonnes pratiques, pour soigner simultanément les sept maladies qui frappent en moyenne les personnes âgées. Pour chaque malade pris en compte dans une coupe, le repérage des maladies et l'évaluation de leur gravité est fait par un médecin en trois minutes. Ces analyses sont effectuées « *sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie* ». L'objectif est de permettre aux médecins de l'assurance maladie de vérifier les critères médicaux de répartition et les qualifications sanitaires des affections prises en compte (l'affection nécessite-t-elle des soins de longue durée ? est-elle déjà prise en charge par l'hôpital ? *etc.*). Le référentiel permet des coupes transversales par région. Aux fins d'information des ministres et de la CNSA, la Caisse nationale d'assurance maladie effectue la synthèse nationale des résultats.

L'arrêté conjoint du directeur de l'ARH et du préfet doit être pris « *au vu du résultat des analyses transversales réalisées* » au travers de ces coupes transversales. Il doit également tenir compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie institué par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La répartition à laquelle procéderont les arrêtés conjoints fixera un pourcentage de places d'accueil de personnes nécessitant des soins hospitaliers et un pourcentage de places médico-sociales. Si le taux fixé pour les « hospitalo-dépendants » est supérieur à celui existant dans l'établissement, celui-ci devra accueillir des « hospitalo-dépendants » et transférer vers des établissements médico-sociaux les patients ne nécessitant qu'un traitement médico-social afin de libérer des places médico-sociales pour des patients nécessitant un traitement sanitaire lourd.

La répartition des places ne modifie aucunement la capacité d'accueil de l'USLD. Il s'agit juste d'une requalification du statut du lit. A la suite de l'entrée en vigueur de la nouvelle répartition, le patient n'aura pas, le plus souvent, à changer de lit. Les autorisations médico-sociales n'auront pas être modifiées ; le dispositif législatif n'entraîne pas une extension de capacité par la nouvelle répartition moyenne de 30 % places de soins longue durée – 70 % de places médico-sociales.

Par rapport au texte de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le présent article fixe un calendrier n'imposant pas l'entrée en vigueur des arrêtés de répartition en 2007 ou, à défaut, suivant une procédure dérogatoire définie au IV du même article, en 2008.

Sous le régime actuel de l'article 46, les arrêtés conjoints du directeur de l'ARH et du préfet devaient être pris avant le 1^{er} janvier 2007 pour être applicables à cette date lorsque l'avis de l'organe délibérant de l'établissement concerné avait été transmis avant le 15 septembre 2006. A défaut, conformément au IV de l'article 46, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrêtait avant le 1^{er} avril 2007 la répartition des capacités d'accueil et des crédits qui devait prendre alors effet au 31 décembre 2007.

A ce jour, aucune USLD n'a eu d'arrêté de répartition car les préfets et les directeurs d'ARH ne disposent pas de la modélisation budgétaire.

Aux termes du présent article du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, les arrêtés conjoints du directeur de l'ARH et du préfet doivent être pris au plus tard le 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle il prend effet. Ils prennent effet le 1^{er} janvier de l'année suivant leur publication.

Chaque établissement dispensant des prestations de soins de longue durée doit faire connaître au directeur de l'ARH et au préfet l'exercice annuel au cours duquel la répartition des capacités d'accueil et des crédits est arrêtée. Cette décision est prise par l'organe délibérant de l'établissement. L'alinéa 6 du présent article indique qu'elle doit parvenir au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet avant le 31 mars de « *l'exercice annuel retenu* ». cette formulation ambiguë vise en fait l'exercice annuel au cours duquel la répartition est arrêtée (à savoir au plus tard le 30 juin) et non l'exercice retenu pour l'entrée en vigueur de la répartition (à savoir le 1 janvier suivant la signature de l'arrêté de répartition).

La nouvelle rédaction du III de l'article 46 impose que tous les directeurs des ARH et les préfets aient publié leurs arrêtés conjoints de répartition avant le 30 juin 2009. La répartition des capacités d'accueil et des crédits selon la nouvelle procédure devra donc être complètement effective au plus tard pour l'exercice 2010.

Ce délai de trois ans est nécessaire pour permettre aux établissements de réorganiser leur accueil de soins de longue durée et leur prise en charge médico-sociale et d'adapter les moyens au nouveau niveau des crédits de la section des USLD de leur budget.

Dans l'exposé des motifs du présent article, le gouvernement s'engage à maintenir le montant des dotations allouées aux dépenses d'USLD relevant de l'ONDAM médico-social qui sont réparties par la CNSA. Les dépenses liées aux capacités d'accueil en USLD relevant de l'ONDAM de droit commun « *recevront un abondement budgétaire pour tenir compte de la lourdeur de prise en charge des patients relevant de la section des USLD redéfinie, par nature plus importante que celles des patients relevant d'une section médico-sociale* ». L'enveloppe budgétaire destinée aux places de soins de longue durée sera prélevée sur l'ONDAM hospitalier et devrait représenter 150 millions d'euros de dépenses supplémentaires sur quatre ans (2007 à 2010).

Article 43

Création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Cet article remplace le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, institué par l'article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, par une Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La loi du 22 janvier 2002 a créé une obligation nouvelle pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux : l'évaluation de leur activité et de la qualité de leurs prestations. Cette évaluation, définie à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, doit notamment être accomplie en référence à des bonnes pratiques professionnelles validées ou élaborées par un

Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale mis en place à cet effet et être mise en œuvre en interne mais également en faisant appel à des organismes extérieurs d'évaluation agréés par ce même conseil.

La loi du 22 janvier 2002 a, en fait, généralisé à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux le principe mis en place pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. En application d'un arrêté du 26 avril 1999 définissant le cahier des charges des conventions tripartites conclues par les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, un outil de mesure de la qualité des prestations avait été mis en place après avoir été validé par l'ensemble des partenaires du secteur.

Un décret en Conseil d'Etat n° 2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale a défini l'organisation et le mode de fonctionnement du conseil. Cependant, ce conseil n'a jamais pu exercer ses missions d'évaluation comme le prévoit la loi faute de consensus de la profession. Le secteur social et médico-social critique en effet son manque de financement, d'indépendance et de transparence et l'absence de participation de certains acteurs du secteur. A ce jour aucune évaluation externe des établissements et services n'a été lancée. Or ces établissements et services devaient effectuer en 2007 leurs premières autoévaluations et en 2009 leurs premières évaluations externes.

Le projet de loi propose de donner un nouveau cadre juridique au contrôle de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux en substituant au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale un groupement d'intérêt public : l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette nouvelle structure prend modèle sur la Haute autorité de santé (HAS), « autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale » créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et mise en place le 1^{er} janvier 2005 en application du décret n° 2004-1139 du 26 octobre 2004. Ses missions sont définies à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. La HAS a repris les missions de l'Agence nationale d'accréditation des établissements de santé (ANAES). La HAS doit notamment « *procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent* », « *élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique* », « *établir et mettre en oeuvre des procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales* » et « *établir et mettre en oeuvre les procédures de certification des établissements de santé* ».

Il existe également dans le domaine de l'évaluation sanitaire, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) qui est une association loi 1901 créée le 7 février 1990 et qui a pour mission d'évaluer les

stratégies et techniques médicales préventives, diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les pratiques professionnelles.

Lors de l'examen du projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale en 2001, Mme Roselyne Bachelot-Narquin et M. Bernard Perrut avaient déposé un amendement proposant de créer, sur le modèle de l'ANAES, un établissement public de l'Etat – l'Agence d'évaluation de l'action sociale et médico-sociale – chargé d'élaborer les procédures, les références, les recommandations et les bonnes pratiques auxquelles devraient se conformer les établissements et services sociaux et médico-sociaux et de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations.

Le projet de loi reprend ces orientations mais propose de créer un groupement d'intérêt public (GIP) dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » (ANEQESSMS) afin d'associer au mieux tous les acteurs du secteur.

Un GIP est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie juridique et financière. La structure de GIP est de plus en plus fréquemment utilisée en raison de la souplesse qu'elle offre. La loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 sur la recherche et le développement technologique a été la première loi à prévoir la constitution de tels groupements entre des établissements publics ayant une activité de recherche et de développement technologique ou entre ces établissements et des personnes morales de droit privé, pour la conduite d'actions en commun dans des domaines d'intérêt général. Depuis, une multitude de GIP existe dans les domaines les plus divers : recherche (Génopole de Ile-de-France), enseignement, activités sportives, santé (GIP de la carte de professionnel de santé ; les agences régionales de l'hospitalisation ; les maisons départementales des personnes handicapées), environnement, aménagement du territoire (GIP de développement local), emploi (les maisons de l'emploi), culture et mécénat, développement international, *etc.*

Les statuts de chaque GIP résultent d'une convention constitutive établie entre les membres du groupement, au besoin approuvée par l'autorité administrative d'Etat. Le GIP peut être géré selon des règles de droit public ou de droit privé. Dans le cas de l'ANEQESSMS, le droit public s'appliquera. Le projet de loi prend pour modèle les GIP pour la recherche et le développement technologique prévus par le code de la recherche (articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche).

Le GIP permet d'associer au sein d'une structure autonome administrativement et financièrement des entités publiques ou privées aux statuts juridiques et aux missions les plus divers, qui ont en commun de conduire des actions dans les mêmes domaines. Il a l'avantage de permettre d'additionner les compétences sur la base de l'adhésion volontaire (hormis l'Etat et les collectivités territoriales dont la participation est le plus souvent fixée par la loi ou les décrets)

afin de coordonner des politiques publiques d'intérêt général et de définir un cadre d'actions communes accepté par l'ensemble de ses membres.

Le GIP de l'ANEQESSMS regroupera l'ensemble des membres du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Mais contrairement à ce dernier, ses membres ne seront pas limitativement définis par un décret. Toutes les personnes morales intéressées par l'action d'évaluation sociale et médico-sociale pourront demander à participer et adhérer à la convention du GIP.

L'ANEQESSMS reprend les missions qui sont celles actuellement attribuées au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale et au ministre chargé de l'action sociale. Elle doit valider ou, en cas de carence, élaborer des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles d'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux (pouvoir actuel du conseil national). Elle doit établir la liste des organismes habilités à procéder à l'évaluation extérieure des activités et de la qualité des prestations de ces établissements et services (pouvoir actuel du ministre). L'ANEQESSMS devra donc s'atteler en priorité à la définition d'un référentiel de l'évaluation et à l'édition d'un guide. Le gouvernement prévoit de reporter les délais actuels (2007 et 2009) impartis aux établissements et services pour procéder à leur autoévaluation et à leur évaluation extérieure.

Le projet de loi ne définit avec précision que deux éléments constitutifs du GIP qui relèvent du domaine de la loi : ses ressources et le statut de ses agents.

Les ressources de l' ANEQESSMS seront constituées :

– de subventions de l'Etat, qui seront financées par les crédits votés en loi de finances ; elles pourront prendre la forme de mises à disposition de moyens matériels ;

– d'une dotation globale versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : le II du présent article prévoit qu'elle sera prélevée sur les crédits tirés de l'ONDAM médico-social figurant à la section 1 du budget de la CNSA qui est consacrée au financement des établissements et services (*cf.* tableau budgétaire dans la présentation générale des dépenses d'assurance maladie) ;

– une contribution financière des gestionnaires des 32 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux : il s'agit d'une redevance pour services rendus qui sera définie par décret sur le même modèle que celle allouée à la Haute Autorité de santé ; son assiette devrait reposer sur le nombre de lits ou de places ou, pour les établissements ou services n'ayant pas de lits ou de places définis, sur un forfait. Les fédérations représentant les gestionnaires devraient consolider les contributions des établissements et services et assurer le paiement de la redevance à l'ANEQESSMS.

Une mission ministérielle est en cours de travaux pour évaluer les modalités de fonctionnement de l'agence. Elle devrait rendre ses conclusions à la mi-novembre 2006. En première estimation, le budget de l'ANEQESSMS pourrait être de 5,2 millions d'euros. Sur 2007, 2,5 millions d'euros seraient nécessaires ; ils seraient fournis par un prélèvement d'un million d'euros sur les crédits de l'ONDAM médico-social gérés par la CNSA, une mise à disposition de personnels de l'Etat correspondant à une subvention de 0,75 million et une recette de 0,75 million provenant de la contribution financière. Le coût de la contribution financière devrait donc être insignifiant dans le budget des établissements et services sociaux et médico-sociaux dont le montant total est de l'ordre de 6 milliards d'euros.

Par ailleurs, le projet de loi autorise l'ANEQESSMS à disposer d'agents relevant du statut des trois fonctions publiques de l'Etat, territoriale et hospitalière ainsi que des agents contractuels de droit public (agents non titulaires de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière) ou de droit privé. Les fonctionnaires seront placés en position de détachement et les agents contractuels de droit public ou de droit privé seront recrutés par l'agence, ce qui renforce son indépendance.

Article 44

Amortissement des investissements immobiliers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Le 17 mai 2006, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a approuvé à l'unanimité le rapport (n° 3091) de Mme Paulette Guinchard sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées établi dans le cadre des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Son orientation n° 4 propose d'assouplir les règles comptables relatives à l'amortissement des subventions d'investissement des collectivités locales dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les EHPAD sont des établissements, publics ou privés, autorisés à accueillir des personnes âgées – et qui relèvent à ce titre du 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles – qui sont soumis à une convention tripartite signée entre eux-mêmes, le président du conseil général et le préfet au nom de l'Etat en application du I de l'article L. 313-12. Doivent signer une telle convention tripartite pour continuer à accueillir des personnes âgées dépendantes les établissements hébergeant des personnes âgées ayant un GIR moyen pondéré supérieur à 300 et dont la capacité d'accueil est égale à vingt-cinq places ou plus.

Les articles L. 314-3 à L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles organisent la tarification et la présentation des budgets des établissements sociaux et médico-sociaux. Les règles particulières applicables au financement des EHPAD figurent aux articles R. 314-158 à R. 314-193 du même code.

Ces règles prévoient que l'amortissement des investissements et les frais financiers sont imputés sur le tarif journalier afférent à l'hébergement. Pour mémoire, le tarif hébergement des EHPAD habilités par le conseil général à recevoir l'aide sociale est arrêté par le président du conseil général ; pour les autres EHPAD, le tarif hébergement est libre.

Ce tarif est à la charge du résident. Dans les établissements habilités à l'aide sociale, les frais d'hébergement peuvent être pris en charge par l'aide sociale du département pour les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus (ou de plus de soixante ans en cas d'inaptitude au travail), dont les ressources sont inférieures au prix de journée de l'établissement, déduction faite des soins réglés par l'assurance maladie. Le bénéficiaire doit alors consacrer 90 % du montant de l'aide versée au remboursement de ses frais d'hébergement, le solde de 10 % étant réservé à son usage personnel (au minimum 73 euros par mois depuis le 1^{er} janvier 2006). Par ailleurs, le résident peut bénéficier, si sa situation le justifie, d'une aide complémentaire attribuée dans le cadre de l'aide sociale facultative. Enfin, le résident d'un EHPAD habilité peut bénéficier de l'allocation logement si ses ressources le rendent éligible à cette prestation (l'établissement étant, par définition, sa résidence principale).

***Charges et produits de la section d'imputation tarifaire afférente à l'hébergement
des budgets des EHPAD (article R. 314-162)***

Charges	Produits
<ul style="list-style-type: none"> – Charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale – Charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale – Amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical – Dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles 	<p>Produits mentionnés à l'article R. 314-106 et au II de l'article R. 314-12 lorsqu'ils relèvent de la présente section d'imputation tarifaire, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les produits d'exploitation du budget, autres que ceux relatifs à la dotation globale de fonctionnement (article R. 314-106) ; – les produits de la tarification (R. 314-12) ; – les produits des services rendus et des biens vendus autres que les valeurs immobilisées, calculés selon la réglementation en vigueur ou en vertu de conventions passées avec l'établissement ou le service (R. 314-12) ; – les subventions, dons et legs affectés à l'exploitation (R. 314-12) ; – les produits financiers et les produits exceptionnels (R. 314-12) ; – les reprises sur provisions (R. 314-12) ; – la valeur des dettes atteintes de péremption ou de déchéance (R. 314-12) ; – la valeur des travaux ou des productions de stocks réalisés par l'établissement ou le service pour lui-même (R. 314-12) ; – les transferts de charges (R. 314-12).

Le rapport de Mme Paulette Guinchard relève (p. 22) que *« tous les membres de la MECSS ont estimé qu'il était anormal que le financement des maisons de retraite incombe indirectement à leurs résidents, alors que les usagers d'équipements collectifs, tels qu'un terrain de sport ou un pensionnat de collège ou un lycée, ne sont pas redevables des charges liées à l'investissement lié à ces structures. Soucieuse de trouver les moyens de faire baisser le tarif à la charge des personnes âgées hébergées, la mission considère que l'affectation des amortissements à la section hébergement ne se justifie pas et précisera plus loin quelles pourraient être les modalités d'une réorganisation des charges au sein des sections tarifaires. »*

Selon les données qu'a pu réunir la MECSS, le prix moyen afférent à la construction d'un lit d'EHPAD est très variable : le centre d'action sociale de la ville de Paris estime le coût de construction d'un lit à 150 000 euros ; le centre communal d'action sociale (CCAS) de la ville de Bordeaux évalue le coût à environ 100 000 euros, hors coût du foncier ; la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole a estimé que la construction d'une maison d'accueil rurale pour personnes âgées de 24 places coûte de 1,65 à 1,9 million d'euros, soit de 68 500 à 79 166 euros la place.

A ces coûts d'investissements immobiliers s'ajoutent les investissements de mise aux normes qui sont particulièrement élevés lorsqu'il s'agit de normes sécurité et incendie. Le rapport de la Cour des comptes de novembre 2005 sur les personnes âgées dépendantes cite un chiffre de 9 000 euros par place. Le CCAS de Bordeaux évalue le coût à environ 900 000 euros par établissement. L'énormité de ces investissements de sécurité a d'ailleurs conduit le gouvernement à proposer dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 d'affecter les fonds non dépensés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au 31 décembre 2005 au financement d'opérations d'investissement et d'équipement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements sociaux et médico-sociaux.

Le volume financier ainsi débloqué s'élève à 500 millions d'euros, répartis en 350 millions pour les établissements et services d'accueil des personnes âgées dépendantes, y compris les logements-foyers, et 150 millions pour les établissements et services d'accueil de personnes handicapées. Dans le même sens, le taux de TVA applicable aux travaux de restauration des bâtis a été réduit de 19,6 % à 5,5 %.

Le présent article du projet de loi tend à alléger les coûts des investissements immobiliers répercutés sur le tarif hébergement des EHPAD.

Il autorise l'assurance maladie à prendre en charge les intérêts des emprunts contractés pour la réalisation des investissements immobiliers dans les EHPAD. Cette prise en charge est limitée au montant des dotations départementales limitatives arrêtées par la CNSA. Ces dotations résultent d'une répartition de la dotation régionale limitative effectuée selon la proposition du

préfet de région, en liaison avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, du directeur de la caisse régionale d'assurance maladie et des préfets des départements de répartition. Les dotations régionales limitatives sont déterminées par la CNSA à partir du montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations des établissements et services relevant de la compétence de la CNSA (liste fixée par l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles), c'est-à-dire des dépenses relevant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie géré par la CNSA qui est fixé chaque année par arrêté ministériel en fonction, d'une part, d'une contribution des régimes d'assurance maladie fixée par le même arrêté au sein de l'ONDAM voté par le Parlement et, d'autre part, du montant prévisionnel des produits de la journée de solidarité (contribution de solidarité pour l'autonomie).

Les modalités et conditions de cette prise en charge d'intérêts d'emprunts seront définies par décret.

Le plan de solidarité grand âge, présenté par le gouvernement le 27 juin 2006, prévoit d'affecter 25 millions d'euros de l'ONDAM personnes âgées (4,7 milliards pour 2007) pour le financement de cette mesure et ainsi éliminer les charges de surcoûts d'exploitation entraînés par les emprunts contractés pour financer des investissements immobiliers. Le ministère de la santé estime que cette somme permettra aux EHPAD d'emprunter jusqu'à 400 millions d'euros à taux zéro, sans frais financiers, pour réaliser des travaux immobiliers.

Au plan réglementaire, les ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale définiront par arrêté les modalités d'amortissement et de compensation des surcoûts en exploitation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Ces modalités pourront être mises en œuvre à condition que les programmes d'investissement de ces établissements et services et les plans de financement de ces programmes aient des incidences tarifaires financées par les enveloppes de crédits limitatifs, à savoir les dotations régionales et départementales limitatives, les dotations affectées à certaines catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations qui résultent d'une répartition de la dotation départementale et le montant indicatif des crédits de fonctionnement prévisionnels fixé par arrêté préfectoral, qui sont régis par les articles L. 314-3 à L. 314-3-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que le montant global des recettes et dépenses prévisionnelles des établissements et services pouvant être ajusté par les préfets des départements en fonction de ces dotations limitatives en application de l'article L. 314-5.

Article 45

Conventions entre les pharmaciens d'officine et les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur – Forfaits soins de ces EHPAD – Accès du médecin coordonnateur des EHPAD au dossier médical personnel des résidents

Le présent article propose trois réformes :

– mettre en place des conventions entre les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur et les pharmaciens titulaires d'officine pour la fourniture de médicaments aux résidents de ces établissements (paragraphe I) ;

– reporter au 1^{er} janvier 2008 la prise en charge, par le forfait soins des EHPAD, des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 fixe cette échéance au 1^{er} janvier 2007 (paragraphe II) ;

– permettre au médecin coordonnateur des EHPAD d'avoir accès au dossier médical personnel des résidents (paragraphe III).

Ces trois réformes résultent de propositions du groupe de travail de l'Inspection générale des affaires sociales, présidé par M. Pierre Deloménie, sur la prise en charge sanitaire et financière des médicaments et des dispositifs médicaux en EHPAD.

1. La mise en place de conventions entre les pharmacies d'officine et les établissements sociaux et médico-sociaux ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur

Aux termes de la réglementation, sauf pour la fourniture de soins urgents (article L. 5126-6 du code de la santé publique), il n'appartient pas aux EHPAD d'assurer l'approvisionnement de leurs résidents en médicaments lorsqu'ils ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) ou lorsqu'ils ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une PUI. Dans les faits, les EHPAD sont amenés à procéder aux achats de médicaments en lieu et place de leurs résidents lorsque ceux-ci ne disposent pas d'une aide extérieure et sont dans une situation de dépendance qui ne leur permet pas de se rendre dans l'officine la plus proche. Dans ces cas fréquents, l'EHPAD accepte souvent de se substituer à son résident et achète auprès de l'officine choisie par le résident les médicaments figurant sur son ordonnance. Ces actes d'achat sont décidés individuellement et il n'y a pas de groupement d'achat.

La faculté ouverte par l'article L. 5125-25 du code de la santé publique qui autorise un pharmacien d'officine à livrer des médicaments au lieu de résidence d'une personne qui ne peut pas faire autrement pour se procurer ces médicaments est très peu utilisée par les résidents des EHPAD en raison de la charge de travail

que représenteraient ces déplacements individualisés en maison de retraite et des habitudes prises par les résidents avec leur établissement d'hébergement.

La présence de PUI varie selon la taille de l'établissement : environ 10 % des établissements conventionnés de moins de 60 lits en disposent ; le taux monte à 90 % pour les EHPAD de plus de 400 lits. Le rattachement d'un EHPAD à un établissement de santé renforce substantiellement le taux d'existence d'une PUI (80 % des EHPAD de moins de 60 lits ainsi rattachés sont desservis par la PUI de l'établissement de santé). Le statut de l'EHPAD influe également sur le taux puisque presque aucun établissement à but lucratif ne possède de PUI.

Au 3 juillet 2006, au sein des 4 864 conventions tripartites signées, qui couvrent 5 324 établissements et 400 000 places d'accueil sur les 8 000 à 8 500 établissements potentiellement éligibles au conventionnement pour avoir un GIR moyen supérieur à 300 qui représentent environ 90 000 places d'accueil, on comptait 990 EHPAD disposant d'une PUI. A ces établissements s'ajoutent 507 USLD qui ne sont pas encore conventionnées (537 le sont) et qui disposent normalement d'une PUI. Le ministère de la santé ne dispose pas d'une statistique sur l'existence de PUI parmi les établissements non conventionnés accueillant des personnes âgées. On peut estimer, en prenant également en compte les 2 000 établissements qui n'ont pas vocation à être conventionnés, qu'il pourrait y avoir en France de l'ordre de 8 500 établissements pour personnes âgées sans PUI et 2 000 établissements avec PUI.

La présence d'une PUI permet de réduire substantiellement le coût des dépenses en médicaments. Selon une enquête de la Fédération hospitalière de France et de la Conférence nationale des directeurs d'EHPAD publics, le coût du médicament par résident et par jour s'élève, en moyenne, à 3,20 euros en ville et 2,74 euros en PUI (1,67 euro de dépense de médicaments et 1,07 euro de coût de fonctionnement). Selon un relevé effectué auprès des DDASS, l'écart de coût moyen journalier entre les établissements disposant ou non d'une PUI s'établit à 0,87 euro en 2002 et 1,12 euro en 2003.

Sur lettre de mission du 23 août 2004 du ministre de la santé et du ministre délégué aux personnes âgées, un groupe de travail de l'inspection général des affaires sociales, présidé par M. Pierre Deloménie, a étudié les solutions envisageables pour améliorer la prise en charge sanitaire et financière des médicaments et des dispositifs médicaux en EHPAD et plus spécifiquement dans les maisons de retraite médicalisées. Ses conclusions ont été adoptées le 11 février 2005.

Les mesures proposées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, de même que celles qui figurent à l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, sont tirées des conclusions de ce groupe de travail.

Le groupe de travail juge difficile à interpréter l'écart de coût du médicament entre un approvisionnement par une pharmacie d'officine et par une PUI, notamment en raison de la variété des prestations offertes (préparation des doses,...) et de la dispersion des coûts de médicaments. Il exprime donc le souhait de laisser une grande liberté de choix dans le mode d'approvisionnement en médicaments en EHPAD. La variété des solutions en la matière doit être favorisée. Ce principe de liberté est expressément garanti par le projet de loi (dernière phrase de l'alinéa 3 du présent article).

Suivant une des conclusions du groupe de travail, le projet de loi propose que les EHPAD ne disposant pas de PUI ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une PUI concluent avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'une officine des conventions pour la fourniture en médicaments des personnes qu'ils hébergent.

Cette convention donnerait une base légale claire à l'approvisionnement des résidents en médicaments et dispositifs médicaux par un pharmacien d'officine et garantirait la qualité du pharmacien en matière gériatrique. Les relations entre l'EHPAD et le ou les pharmaciens retenus seraient en outre optimisées. Le rôle et la responsabilité de ces professionnels du médicament seraient clarifiés et la procédure garantirait la « traçabilité » des médicaments consommés par les résidents.

Cette procédure doit également permettre de lutter contre la polymédication des personnes très âgées : on estime que les personnes âgées de plus de 75 ans consomment en moyenne cinq à six médicaments par jour ; jusqu'à 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans sont dues à un accident iatrogénique imputable à une consommation médicamenteuse.

Parallèlement, depuis la réforme de la tarification des EHPAD et l'introduction du médecin coordonnateur, une meilleure prise en charge, y compris sanitaire, des résidents est assurée. Cependant, les EHPAD sont confrontés à la multiplication des médecins libéraux intervenant auprès des résidents, la confidentialité des dossiers médicaux personnels, ordonnances et prescriptions médicales et l'individualisation des achats de médicaments et dispositifs médicaux auprès des officines par les résidents.

La convention d'approvisionnement pourrait préciser le rôle du médecin coordonnateur de l'EHPAD afin d'améliorer les pratiques en matière de prescription médicamenteuse. Le gouvernement évoque la possibilité d'établir une liste de médicaments à privilégier, d'élaborer des protocoles thérapeutiques, de tenir des dossiers pharmaco-thérapeutiques pour chaque résident. Le groupe de travail de l'IGAS souhaite réduire les prescriptions de médicaments dont le rapport bénéfice-risque au long terme est contestable (veinotoniques, molécules à effet anticholinergique, *etc.*), imposer des règles rigoureuses de prescription et de surveillance des médicaments à risque iatrogène majeur et grave (anticoagulants,

insuline, digitaliques, diurétiques, *etc.*) et promouvoir des méthodes thérapeutiques non médicamenteuses.

En outre, la convention permettrait à l'établissement et à l'assurance maladie de définir un coût acceptable de dépenses en médicaments par les résidents. Une économie d'échelle substantielle peut être raisonnablement attendue de cette procédure de conventionnement. La convention devrait donc prévoir une remise consentie par le pharmacien d'officine sur le coût du médicament. Cette remise pourrait permettre de se rapprocher du coût des médicaments fournis par une PUI.

Pour assurer la mise en œuvre de ces orientations, l'alinéa 3 du présent article dispose de manière synthétique que « *ces conventions les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur* ».

Le projet de loi laisse la possibilité à l'EHPAD ne disposant pas de PUI d'être approvisionné par plusieurs pharmacies d'officine. Il ne fixe pas une durée à ces conventions. Le groupe de travail de l'IGAS a préconisé une durée annuelle.

Ces conventions devront reprendre les obligations figurant dans une convention type. Il s'agit d'une proposition du groupe de travail de l'IGAS. Cette convention type serait définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette méthode garantit la poursuite des objectifs fixés par la loi et détaillés ci-dessus. Le groupe de travail de l'IGAS a proposé une liste d'items susceptibles de figurer dans ces conventions. Cette liste est reproduite en annexe du présent rapport.

Ces conventions devront être transmises par l'EHPAD à son autorité de tutelle et à sa caisse primaire d'assurance maladie. Le pharmacien d'officine les transmettra au conseil de l'ordre compétent.

Le projet de loi ne fixe aucun délai pour la mise en œuvre du dispositif. Aucune sanction n'est prévue en cas d'absence de signature de telles conventions dans un EHPAD.

Il convient enfin de souligner que la liberté fondamentale des résidents de choisir son pharmacien d'officine est préservée : alors même que des conventions seraient en vigueur, les personnes hébergées ou leurs représentants légaux pourront demander à ce que leur approvisionnement en médicaments soit assuré par le pharmacien de leur choix.

2. Le report de la date de réintégration des dispositifs médicaux dans le tarif soins des EHPAD

Le **II** du présent article modifie la date d'entrée en vigueur fixée par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 pour la prise en charge, par le forfait soins des EHPAD, de certains des dispositifs médicaux

inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables : la date du 1^{er} janvier 2008 est substituée à celle du 1^{er} janvier 2007.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avait exclu du tarif journalier afférent aux soins dispensés dans les EHPAD ne disposant pas de PUI les produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, à savoir les dispositifs médicaux à usage individuel et les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables qui est fixée par arrêté ministériel.

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a réintégré dans le tarif soins des EHPAD un certain nombre de dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté ministériel (essentiellement les dispositifs à usage collectif) pour les raisons majeures suivantes :

– les résidents qui ne sont pas atteints d'une affection de longue durée doivent s'acquitter du ticket modérateur mais ils en sont exonérés si les dispositifs médicaux sont intégrés dans la dotation soins des EHPAD ;

– l'utilisation des produits standard à usage peu personnalisé (pansements, ouate,...) et du matériel médical réutilisable entre les résidents (lits médicalisés,...) génère un surcoût important pour l'assurance maladie car la liste des produits et prestations remboursables ne permet pas leur achat pour certaines affections mais seulement leur location qui est très onéreuse sur le long terme ;

– les DDASS ont appliqué la loi de manière hétérogène ; certaines ont considéré que tous les dispositifs médicaux étaient exclus du tarif soins et ont fait porter sur le tarif hébergement le coût de certains dispositifs médicaux. La liste des produits et prestations remboursables ne constitue en effet pas un critère déterminant pour une prise en charge par l'EHPAD : les prothèses dentaires, l'optique, alors même qu'ils figurent sur cette liste, sont des dispositifs à usage trop individualisé pour supporter une telle prise en charge. D'autres dispositifs ont un usage trop hospitalier pour être pris en charge au titre de l'action médico-sociale. A l'inverse, des dispositifs ne figurant pas sur la liste des produits et prestations remboursables devaient être maintenus dans le calcul du tarif soins car ils relevaient d'une prise en charge médicalisée (aspirateur à mucosité,...).

Le II de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a donc modifié la rédaction du dernier alinéa de l'article L. 314-8 afin de réincorporer dans le calcul du tarifs soins une liste de dispositifs médicaux fixée par arrêté ministériel alors même qu'ils figurent sur la liste des produits et prestations remboursables. Les dispositifs visés sont ceux ayant un usage collectif. Sont restés exclus l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables.

Cette liste n'a pas été publiée à ce jour. Elle est cependant prête et va être soumise à la concertation.

Cette réforme nécessite de réévaluer le tarif soins des 5 324 EHPAD et USLD ayant signé une convention tripartite (représentant 4 864 conventions, au 3 juillet 2006). Il faut également prévoir l'adaptation des projets de convention et les prévisions budgétaires des établissements qui n'ont pas encore signé (de l'ordre de 3 000).

Compte tenu des délais de réalisation et d'exploitation des enquêtes effectuées en 2006 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le ministère de la santé et la CNSA, la préparation de la campagne de préparation des budgets 2007 des EHPAD a débuté sans estimation du coût devant être réincorporé dans leur tarif soins.

Compte tenu de cet état de fait, le gouvernement propose donc de reporter au 1^{er} janvier 2008 la date d'entrée en vigueur de la réforme votée en 2005.

Le projet de loi précise, en outre, que la modification des tarifs soins s'applique aux conventions tripartites en cours au 1^{er} janvier 2008.

3. L'accès du médecin coordonnateur des EHPAD au dossier médical personnel des résidents

L'institution du médecin coordonnateur dans les établissements accueillant des personnes âgées et soumis à l'obligation de signature d'une convention tripartite en application du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, à savoir les EHPAD, résulte de la mise en application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. L'obligation de se doter d'un médecin coordonnateur a été fixée par le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur, dont les dispositions ont été ensuite codifiées sous les articles D. 312-156 à D. 312-161 du code de l'action sociale et des familles. Les EHPAD disposent d'un délai de six mois suivant leur conventionnement tripartite pour satisfaire à cette obligation. Le médecin doit être spécialisé en gériatrie ou gérontologie. La liste de ses attributions figure aux articles R. 232-18 (détermination du niveau de perte d'autonomie des résidents) et D. 312-158 du même code.

Au 3 juillet 2006, au moins 95 % des 5 324 EHPAD conventionnés disposaient d'un médecin coordonnateur. En revanche, très peu d'établissements accueillant des personnes âgées dépendantes non conventionnés recourent aux services d'un médecin coordonnateur.

Le **III** du présent article vise à donner une base légale explicite à la présence du médecin coordonnateur afin que la loi puisse lui donner compétence pour avoir accès au dossier médical personnel des résidents. Il insère donc une phrase au début du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles afin de prévoir sa présence dans tous les EHPAD soumis à l'obligation de conventionnement tripartite en application du I de ce même article.

Le III ajoute une seconde phrase au début de ce même V de l'article L. 313-12 afin d'associer les médecins coordonnateurs à l'élaboration et la mise en place des contrats conclus par les unions régionales des caisses d'assurance maladie avec des réseaux de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral dans une aire géographique définie, en application de l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale. Cette implication du médecin coordonnateur a été recommandée par le groupe de travail de l'IGAS sur la prise en charge sanitaire et financière des médicaments et des dispositifs médicaux en EHPAD afin de rapprocher les EHPAD des médecins prescripteurs. Les médecins coordonnateurs pourront, par exemple, mettre en avant les médicaments à utiliser de manière préférentielle et ceux dont la prescription doit être engagée avec de grandes précautions, compte tenu des pathologies observées dans les EHPAD auxquels ils sont rattachés.

Le IV du présent article permet au médecin coordonnateur d'avoir accès au dossier médical personnel des résidents des EHPAD.

L'article 3 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a mis en place le dossier médical personnel de chaque bénéficiaire de l'assurance maladie (articles L. 161-36-1 à L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale). Ce dossier contient les « *données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins* » par les professionnels de santé et les établissements de santé ainsi que par la personne concernée elle-même. « *Chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. En outre, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour.* »

Le dispositif conçu en 2004 limite aux professionnels de santé exerçant en ville et à ceux exerçant dans un établissement de santé l'accès aux données figurant dans le dossier médical personnel (premier alinéa de l'article L. 161-36-2). Cet accès ne peut s'effectuer qu'à l'occasion de chaque acte ou consultation ou à l'occasion d'un séjour en établissement pour reporter en ce cas « *les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour* ».

L'autorisation d'accès donnée au médecin coordonnateur par l'insertion d'un alinéa supplémentaire à l'article L. 161-36-1 vise à faciliter la coordination des soins en EHPAD et l'exercice des missions qui lui sont confiées par la loi et les décrets.

Compte tenu des fonctions du médecin coordonnateur, la consultation du dossier médical personnel se ferait hors de toute consultation ou prescription de soins ou médicaments. Néanmoins, cet accès ne pourra s'effectuer qu'avec l'accord du résident.

Article 46

Gestion des crédits de promotion des actions innovantes et de renforcement de la professionnalisation par la CNSA

La répartition des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) entre les différentes missions qui lui sont confiées par la loi a été définie par l'article 60 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ces dispositions figurent à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Ce même article a prévu de retracer au sein de six sections comptables autonomes les ressources et les charges de la CNSA. Le budget de la CNSA se présente donc sous cette forme.

Missions de la CNSA et affectation des ressources

	Charges financées par la section	Ressources affectées à la section ou sous-section
Section I	Financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux à tarification fixée par l'Etat soumis à l'objectif de dépenses arrêté par la CNSA au travers de dotations départementales limitatives en application du III de l'article 314-3 du code de l'action sociale et des familles	
Sous-section I-1 (PH)	Financement des établissements accueillant principalement des personnes handicapées	Une fraction au moins égale à 10 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
		Une fraction au moins égale à 10 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité)
		Une part de la contribution des régimes d'assurance maladie destinée à financer ces établissements et services, arrêtée au sein de l'ONDAM par le gouvernement
Sous-section I-2 (PA)	Financement des établissements accueillant principalement des personnes âgées dépendantes	40 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
		40 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité)
		Une part de la contribution des régimes d'assurance maladie destinée à financer ces établissements et services, arrêtée au sein de l'ONDAM par le gouvernement
	Financement des groupes d'entraide mutuelle (<i>art.51, LFSS 2006</i>)	Contribution d'un fonds de concours de l'État (<i>art.51, LFSS 2006</i>)
Section II	Financement, dans la limite des ressources, des concours versés aux départements pour couvrir une partie du coût de l'APA	20 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité)
		20 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité)
		Une participation des régimes obligatoires de base

	Charges financées par la section	Ressources affectées à la section ou sous-section
		d'assurance vieillesse
		Une fraction de 0,1 point du produit de la contribution sociale généralisée (CSG) diminuée du montant affecté à la 4 ^e section
Section III	Financement, dans la limite des ressources, des concours versés aux départements pour couvrir tout ou partie du coût de la prestation de compensation instituée au bénéfice des personnes handicapées par l'article 12 de la loi du 11 février 2005. Subvention due à la CNAF pour le financement de la majoration spécifique de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (<i>art. 51, LFSS 2006</i>).	Une fraction au moins égale à 30 % du produit de la contribution de 0,3 % acquittée par les employeurs publics et privés (au titre de la journée de solidarité) Une fraction au moins égale à 30 % du produit de la contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement (dispositif lié à la journée de solidarité)
Section IV	Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées (dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers, dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services)	5 à 12 % de la fraction de 0,1 point du produit de la CSG, fixée par arrêté ministériel
Section V	Financement des autres dépenses de la caisse. Financement d'opérations d'investissement et d'équipement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et services dont les dépenses relèvent de l'objectif géré par la CNSA (<i>art.51, LFSS 2006</i>)	Crédits non dépensés fin 2005 de 500 millions d'euros, répartis en 350 millions pour les établissements et services pour personnes âgées et 150 millions pour ceux destinés aux personnes handicapées (<i>art.51, LFSS 2006</i>)
Sous-section V-1 (PA)	Dépenses de la caisse en faveur des personnes âgées dépendantes (dépenses d'animation et de prévention dans les domaines de la CNSA en faveur des personnes âgées)	Une fraction, fixée par arrêté des ministres de la sécurité sociale et du budget, des ressources de la 2 ^e sous-section de la 1 ^{re} section
Sous-section V-2 (PH)	Dépenses de la caisse en faveur des personnes handicapées (concours versés aux départements pour l'installation ou le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées)	Une fraction, fixée par arrêté des ministres de la sécurité sociale et du budget, des ressources de la 1 ^{re} sous-section de la 1 ^{re} section
Section VI	Frais de gestion	Prélèvement sur les contributions affectées à la CNSA et les participations des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie

Le présent article propose d'aménager la section IV du budget de la CNSA consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées afin d'étendre son périmètre aux actions du même type tournées vers les personnes

handicapées. A cette fin, il répartit les charges et les ressources de la section en deux sous-sections distinctes respectivement consacrées aux personnes âgées et aux personnes handicapées, à l’instar des sections I et V qui financent des actions destinées aussi bien aux personnes âgées qu’aux personnes handicapées.

La nouvelle organisation comptable de la section IV proposée par le présent article peut se résumer comme suit.

***Nouvelle organisation des charges et ressources retracées
par la section IV du budget de la CNSA***

	Charges financées par la section	Ressources affectées à la section ou sous-section
Section IV	Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	
Sous-section IV-1 (PA)	Actions en faveur des personnes âgées : – dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie ; – dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services.	5 à 12 % de la fraction de 0,1 point du produit de la CSG, fixée par arrêté ministériel
Sous-section IV-2 (PH)	Actions en faveur des personnes handicapées : – dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie ; – dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services d’enseignement ou d’éducation spéciale, d’action médicale précoce, de réadaptation et rééducation professionnelle et d’accueil, y compris en foyer médicalisé, de personnes handicapées.	Au maximum 12 % des deux fractions allouées à la sous-section I a sur le produit des contributions dues au titre de la journée de solidarité (contribution de solidarité pour l’autonomie), la part affectée étant fixée par arrêté ministériel

Les crédits alloués jusqu’à présent aux personnes âgées par la section IV du budget de la CNSA sont préservés : la totalité des ressources actuelles de la section IV est transférée à la sous-section consacrée aux personnes âgées.

Les actions financées par la sous-section personnes âgées sont, dans le même temps, précisées par le projet de loi : les dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers prévues jusqu'à présent devront « [apporter] *au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie* ». Cette précision nouvelle correspond en fait aux missions de la CNSA et aux actions qu'elle finançait avec les ressources affectées à la section IV.

La sous-section consacrée aux personnes handicapées est abondée par une réallocation d'une partie des crédits affectés à la sous-section I-1 (PH) pour le financement des établissements accueillant principalement des personnes handicapées. Chaque année, par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, une fraction ne pouvant pas dépasser 12 % de la fraction du produit des contributions tirées de la journée de solidarité (contribution de 0,3 % sur les salaires et traitements, contribution de 0,3 % sur les revenus du patrimoine et des produits de placement) allouée à la sous-section I-1 (PH) sera affectée à cette sous-section IV-2 (PH). La sous-section I-1 (PH) bénéficie d'une fraction au plus égale à 10 % du produit de ces deux contributions : avec cette nouvelle répartition, la fraction du produit des contributions tirées de la journée de solidarité qui pourra lui être allouée sera donc plafonnée à 8,8 % et la sous-section IV-2 (PH) recevra au maximum 1,2 % du produit de ces contributions de solidarité.

L'élargissement des charges financées par la CNSA au bénéfice des personnes handicapées est donc financé par une redistribution des ressources destinées aux établissements et services pour personnes handicapées qui sont allouées à la CNSA.

Le budget prévisionnel pour 2007 de la CNSA indique qu'une dépense de 10 millions d'euros sera engagée en faveur des personnes handicapées (*cf.* introduction générale du rapport). Les recettes tirées de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectées à la sous-section I-1 de la section I étant de 277,5 millions d'euros, il sera prélevé sur 2007 3,6 % de ces recettes pour les affecter à la section IV.

Article 47

Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans

Présenté par le Premier ministre le 27 juin 2006, le plan « Solidarité grand âge » comporte un ensemble de mesures regroupées autour de cinq axes : donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles ; inventer la maison de retraite de demain ; adapter l'hôpital aux personnes âgées ; assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance ; insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

Ce dernier volet prévoit notamment la mise en place d'une consultation gratuite de prévention pour toutes les personnes âgées de plus de soixante-dix ans, afin de mieux détecter les facteurs susceptibles de conduire à la dépendance, en particulier les troubles de l'équilibre et de la mémoire, l'ostéoporose, la dénutrition, l'incontinence ou encore la dépression et l'isolement. Cette mesure doit également permettre de faciliter le maintien de l'activité, la prise en charge des handicaps et le maintien à domicile des personnes âgées dans les meilleures conditions.

En effet, comme le souligne à juste titre l'exposé des motifs du projet de loi, la majorité des maladies liées au vieillissement peut – et donc doit – être prévenue tout au long de la vie, grâce à une détection précoce des facteurs de risque ainsi qu'une hygiène de vie et une prise en charge adaptées.

Pour permettre la mise en œuvre de cette mesure, le présent article propose de modifier la rédaction de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Celui-ci définit actuellement les cas dans lesquels l'assuré peut être exonéré du ticket modérateur, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Dans son dix-septième alinéa (16°), il prévoit en particulier que la participation de l'assuré peut être supprimée ou limitée pour les frais d'examens de dépistage et ceux liés aux « consultations de prévention destinées aux mineurs », ces dernières dispositions ayant été introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 ⁽¹⁾, dans l'objectif de mettre en place des entretiens de santé pour les adolescents en classe de cinquième.

Le présent article vise à compléter cet alinéa afin d'étendre le bénéfice de l'exonération du ticket modérateur aux consultations de prévention destinées « aux personnes de plus de soixante-dix ans ». De même que pour les mineurs, ces consultations doivent être effectuées dans le cadre des programmes de santé, qui sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé et, le cas échéant, des ministres concernés, conformément aux dispositions prévues par les articles L. 1411-6 et suivants du code de la santé publique.

Institués par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, les programmes de santé sont en effet destinés à « éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités » et peuvent notamment prévoir des actions d'information et d'éducation pour la santé, des examens de dépistage ainsi que des « consultations médicales périodiques de prévention », dont l'objet et les conditions de mise en œuvre sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

(1) Article 30 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

À des fins de suivi statistique et épidémiologique de la santé de la population, l'article L. 1411-8 du même code prévoit également des modalités particulières de transmission aux services de l'Etat de certaines informations recueillies par les médecins au cours des consultations de prévention.

Après le lancement d'une phase d'expérimentation, l'exposé des motifs indique que la consultation de prévention prévue par le présent article sera intégralement prise en charge par l'assurance maladie et mise en place à compter du 1^{er} juillet 2007.

Selon le dossier de presse du 27 juin 2006 du ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, M. Philippe Bas, la consultation de prévention sera « *confiée au généraliste formé à cet effet* » et reposera sur « *un protocole comprenant un questionnaire et une batterie d'examens standardisés* ». Un groupe de travail a par ailleurs été mis en place en juin dernier afin de déterminer le contenu de la consultation ainsi que les modalités de son suivi.

Le coût de cette mesure serait de l'ordre de 25 millions d'euros pour l'assurance maladie, selon les informations communiquées par le ministère de la santé et des solidarités.

Article 48

Création de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a créé une nouvelle catégorie d'établissements et de services relevant du secteur médico-social. Il s'agit des établissements ou services qui « *assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical* ».

Figurent notamment dans cette nouvelle catégorie, conformément au 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les « *centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie* » (CSAPA). Également inscrite dans le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (*cf.* l'encadré ci-dessous), la création de centres spécialisés en addictologie constitue l'une des mesures majeures annoncées par le Président de la République, en avril 2006, dans le cadre du lancement du plan global contre les addictions.

Cette réforme vise en effet à tenir compte des données des sciences fondamentales et des travaux épidémiologiques, qui incitent à fonder les politiques de santé en matière de lutte contre les addictions sur une approche transversale des substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites, axée sur les

comportements et non sur les produits, en distinguant l'usage, l'usage nocif et l'abus.

Afin de mettre en place effectivement les CSAPA et de les financer à compter du 1^{er} janvier 2007, le présent article vise à unifier le régime juridique des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA), dont les CSAPA ont vocation à concentrer et à rationaliser l'activité.

À cet égard, il convient de rappeler que les CCAA relèvent du périmètre médico-social depuis la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et sont financés par l'assurance maladie depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Les dépenses des CSST ont également été transférées à l'assurance maladie par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

L'intérêt de la réorganisation des centres spécialisés en alcoologie (CCAA) et des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) dans le cadre des CSAPA

« Le dispositif de prise en charge sera réorganisé autour de ces nouvelles structures. Les centres pourront proposer des soins soit simultanément pour les divers types d'addiction, soit exclusivement pour les problèmes d'alcool ou de tabac ou pour les dépendances aux substances illicites ou certaines d'entre elles. Les activités concernant l'alcool, le tabac ou d'autres dépendances devront être définies dans le projet d'établissement dans des programmes distincts (projet thérapeutique, horaires des consultations, personnels affectés, etc.).

Les programmes de prévention proposés par le CSAPA feront l'objet d'un programme spécifique (actions, population cible, techniques d'intervention) et seront définis en référence à un cahier des charges défini sous l'égide de l'INPES. Les CSAPA peuvent être développés sur un seul site ou associer différentes structures en réseau. L'élaboration du projet d'établissement tiendra compte de la situation épidémiologique et de la structure de l'offre de soins dans le champ des addictions au plan régional et départemental. L'intérêt d'un tel dispositif est d'optimiser l'offre de soins notamment en vue :

– d'améliorer leur accessibilité, notamment dans les aires géographiques où certains besoins sont encore mal couverts du fait de l'éloignement des structures spécialisées et/ou de l'effectif limité de personnes concernées qui n'ont pas justifié l'implantation d'une structure spécialisée ;

– de faciliter la prise en charge des personnes présentant une dépendance à plusieurs substances ;

– de permettre, grâce à une masse critique suffisante, l'emploi de personnel soignant, social et administratif permettant la prise en charge pluridisciplinaire complémentaire du traitement médical des addictions : notamment, suivi social, insertion professionnelle, coordination avec les services psychiatriques et les services médicaux spécialisés ;

– de donner au système une lisibilité accrue facilitant la coopération avec la médecine de ville. »

Correspondant à une attente de longue date des professionnels, cette réforme doit permettre de donner les moyens d'une politique de rapprochement des différentes structures médico-sociales œuvrant dans le champ des pratiques addictives, de développer une prise en charge multidisciplinaire et de diversifier l'offre pour une meilleure accessibilité des soins.

Pour cela, le **I** modifie tout d'abord la rédaction de l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, afin de préciser que les CSAPA et non les seuls CSST, sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle.

Par coordination, le **II** a pour objet de modifier le code de la santé publique sur les trois points suivants.

Il est tout d'abord précisé à l'article L. 3311-2 que les CSAPA, et non plus les CCAA, sont chargés notamment d'assurer « *des soins ambulatoires et des actions d'accompagnement social et de réinsertion en faveur des personnes présentant une consommation d'alcool à risque ou atteintes de dépendance alcoolique ainsi qu'en faveur de leur famille* » (1°).

L'article L. 3411-2, tel que modifié par le 2° du II du présent article, pose d'autre part le principe selon lequel les dépenses médico-sociales des CSAPA, et non plus des CSST, ne sont pas prises en charge par l'Etat.

Enfin, le 3° a pour effet de préciser que l'ensemble des CSAPA, et non les seuls CSST, ont la possibilité de « *délivrer les médicaments correspondant strictement à leurs missions, dans les conditions fixées par décret* », conformément à l'article L. 3411-5 du même code.

Le **III** tend à modifier la rédaction du code de l'action sociale et des familles sur plusieurs points.

Le 1° prévoit tout d'abord qu'à titre transitoire, la première autorisation délivrée aux CSAPA, et non plus aux CCST, est valable pour trois ans, l'autorisation pour la création, la transformation ou l'extension des établissements et services médico-sociaux, mentionnés à l'article L. 312-1, étant ensuite délivrée pour quinze ans, aux termes de l'article L. 313-1 du même code.

Le 2° modifie l'article L. 314-3-3, relatif à l'objectif de dépenses médico-sociales, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (dispositions codifiées à l'article L. 314-3-2), qui comprend notamment les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARRUD), les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les lits halte soins santé ainsi que les actions expérimentales de caractère médico-sociale. Il s'agit ainsi de supprimer toute référence aux CSST et aux CCAA et de faire désormais uniquement référence aux CSAPA.

Le 3° procède à la même substitution à l'article L. 314-8, aux termes duquel les dépenses médico-sociales des CSAPA et non plus des CSST, ainsi que

des structures dénommées « lits halte soins santé » relevant des catégories d'établissements mentionnées au 9° du I de l'article L. 312-1 précité, sont prises en charge par l'assurance maladie sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités locales, et « *sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale* ».

Le **IV** du présent article accorde aux gestionnaires des CSST et des CCAA un délai de trois ans à compter de la date de publication de la loi de financement pour demander l'autorisation, prévue par l'article L. 313-1 précité du code de l'action sociale et des familles, en vue de la transformation de ces établissements en CSAPA.

Dans l'attente de cette transformation, il est enfin prévu que les dispositions actuellement prévues par l'ensemble des articles susmentionnés des codes de la sécurité sociale, de la santé publique et de l'action sociale et des familles, mentionnés aux I, II et III du présent article s'appliquent, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, aux CSST et CCAA qui bénéficient à la date du 1^{er} janvier 2007 de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 précité du code de l'action sociale et des familles.

Article 49

Missions et montant de la dotation du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Cet article vise à fixer pour 2007 le montant de la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à préciser certaines de ses missions.

1. Les missions actuelles du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Dès 1998, la recomposition du tissu hospitalier a conduit à la création du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO), par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998⁽¹⁾. Il s'agissait à l'origine d'un dispositif exceptionnel de financement des établissements de santé, distinct des crédits versés par les caisses d'assurance maladie et comptabilisés en dehors de l'ONDAM, et visant principalement à prendre en charge des mesures d'accompagnement social d'opérations de modernisation des établissements de santé favorisant notamment la mobilité et l'adaptation des personnels.

(1) Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998.

Ayant repris les missions du Fonds de modernisation des cliniques privées, le FASMO est devenu le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), dont la gestion a été confiée à la Caisse des dépôts et consignations.

L'extension des missions du fonds, qui sont actuellement définies par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 ⁽¹⁾, a conduit à distinguer deux grands volets (« ressources humaines » et « investissement ») auxquels s'ajoutent notamment l'appui à des actions de modernisation et à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A).

a) Le volet « ressources humaines »

Sont éligibles à un financement du fonds au titre de ce volet : les contrats d'amélioration des conditions de travail (CLACT), les actions de modernisation sociale, dites « aides collectives », les « aides individuelles », destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation, dont la liste est définie à par le décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001.

– S'agissant des aides collectives, les crédits alloués sont répartis chaque année entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sous la forme d'une enveloppe régionale unique, dont 80 % au moins doit être consacré à la promotion professionnelle et 20 % au plus aux projets sociaux.

– S'agissant des aides individuelles, par exemple, les indemnités de départ volontaires, les actions de conversion, les aides à la mobilité ou à la création de cellule d'accompagnement social des opérations de restructurations, leur engagement découle des agréments donnés par les directeurs des ARH aux projets de restructuration présentés par les établissements, et ce dans le cadre d'une enveloppe unique fixée au niveau national.

– En outre, afin de mieux préparer le personnel au travail dans les services de psychiatrie, le plan « Santé mentale » prévoit un double dispositif d'accompagnement durant la première année d'exercice : une mise en situation professionnelle pour mieux adapter la formation à l'emploi et un dispositif de compagnonnage/tutorat des nouveaux personnels dans les services de psychiatrie fondé sur le principe de la transmission des expériences.

b) Le volet « investissement »

Le FMESPP finance entre autres des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé, les opérations de modernisation devant faire l'objet d'un agrément du directeur de l'ARH.

(1) Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 .

– Le volet investissement du plan « Hôpital 2007 », lancé en 2003 auprès des établissements de santé, vise à augmenter le niveau d'investissement hospitalier de 30 % sur cinq ans. L'objectif est la réalisation par les établissements de santé publics et privés de 10 milliards d'euros d'investissements supplémentaires avec accompagnement financier de l'Etat à hauteur de 6 milliards d'euros. Le plan concerne l'ensemble des établissements de santé publics et privés, participant ou non au service public hospitalier. En revanche, il ne concerne pas le secteur médico-social.

Le plan repose sur deux sources de financement. D'une part, des aides en capital du FMESPP sont prévues, à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur cinq ans. L'exécution du plan fait l'objet d'un suivi annuel conjoint entre les services du ministère de la santé et les ARH pour s'assurer de l'état d'avancement des opérations retenues et procéder à d'éventuels redéploiements entre régions en cas d'écart entre les prévisions et les réalisations. D'autre part, des aides en fonctionnement relevant des crédits de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) visent, d'autre part, à compenser les coûts liés au recours à l'emprunt des établissements publics et privés antérieurement financés par dotation globale (4,5 milliards d'euros).

– En complément du volet investissement du plan « Hôpital 2007 », le plan « Santé mentale » comporte une mesure prioritaire axée sur la relance de l'investissement hospitalier dans le domaine de la psychiatrie. Ce nouveau volet doit permettre de réaliser, sur la période 2006-2010, des investissements à hauteur de 1,5 milliard d'euros, et constitue un levier essentiel d'adaptation et de modernisation des établissements de santé à la hauteur des impératifs de qualité, de sécurité des soins et des soignants ainsi que des exigences légitimes des usagers du système de santé. Deux sources de financement sont prévues : des aides en capital du FMESPP, à hauteur de 50 millions d'euros sur les cinq ans, et des aides en fonctionnement relevant des crédits de l'ONDAM, destinées à couvrir les surcoûts de fonctionnement générés par le recours à l'emprunt pour le financement de 700 millions d'euros d'investissement.

c) Le financement des missions nationales accompagnant la mise en œuvre du plan Hôpital 2007

Le FMESPP prend en charge les coûts de fonctionnement de trois missions nationales, dans la limite de montants arrêtés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

• La mission sur la tarification à l'activité (MT2A)

Les objectifs de la mission sont les suivants : construire et simuler les différents scénarios de mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) ; accompagner les établissements expérimentateurs ; consulter les professionnels sur les options retenues et leur présenter les résultats des simulations et des expérimentations ; proposer les différentes mesures réglementaires et

d'accompagnement technique nécessaires à la réussite de la généralisation. Ses coûts de fonctionnement ont été évalués à 3,65 millions d'euros pour 2006 contre 5,3 millions d'euros pour 2005.

• *La mission d'appui à l'investissement national hospitalier (MAINH)*

Cette mission vise à accompagner la relance de l'investissement engagée par le plan « Hôpital 2007 » par une équipe dédiée de professionnels. Constituée au niveau national d'une structure légère, la mission est relayée dans chaque région par un expert placé sous l'autorité du directeur de l'ARH. Les systèmes d'information hospitaliers étant devenus l'outil privilégié de la qualité et de l'efficacité des établissements de santé, la MAINH est désormais également mobilisée pour apporter un appui aux ARH sur les programmes nationaux de systèmes d'information prioritaires (T2A, réforme de l'assurance maladie et dossier médical personnel). Les coûts de fonctionnement de la mission ont été évalués à 11,69 millions d'euros pour 2006.

• *La mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH)*

Cette mission est chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats des audits. La MEAH vise principalement à : déployer plus largement dans les établissements de santé les bonnes pratiques issues des chantiers expérimentaux lancés depuis trois ans (organisation des services d'urgence, temps médical, radiothérapie, comptabilité analytique) ; déployer le dispositif d'accompagnement des réformes dont l'objectif est de permettre la réussite de la modernisation de l'hôpital ; renforcer la force de frappe du ministère pour que les établissements réalisent les économies nécessaires à la préservation des équilibres financiers de l'assurance maladie, s'agissant notamment des achats hospitaliers). Les coûts de fonctionnement de la MEAH pour 2006 ont été évalués à 28,4 millions d'euros.

d) Les autres actions de modernisation

En 2005, 12 millions d'euros ont été consacrés par le FMESPP pour la participation des établissements de santé à l'expérimentation menée en vue de la validation des référentiels de qualité mentionnés à l'article L. 1414-3 du code de la santé publique.

Dans le cadre de la future « valorisation de l'activité en psychiatrie » les établissements auront à réaliser les investissements nécessaires à la mise en place d'un recueil d'information médicalisé ; 29,55 millions d'euros sur la période 2005-2007 sont consacrés à cet effet sur le FMESPP. En outre, la mise en œuvre du nouveau programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) pour la centaine d'établissements publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile représente 2,92 millions d'euros pour 2005 et 2006.

2. Les dispositions prévues par le projet de loi

Le I du présent article a pour objet de modifier la rédaction et clarifier l'architecture de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, afin de préciser et élargir les missions du FMESPP.

Le 1° de ce paragraphe procède en premier lieu à une réécriture du III de l'article 40 précité. Celui-ci dispose que le FMESPP est chargé de financer « *des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire* », ainsi qu'il est actuellement prévu, mais il est désormais précisé que ce financement prend la forme de subventions « *ou d'avances récupérables* » dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements ou de réorganisation de l'offre de soins.

Il s'agit ce faisant de permettre au fonds de verser des avances, qui devront être ensuite remboursées par les établissements de santé en ayant bénéficié. En effet, il arrive souvent que le financement d'activités nouvelles et de certaines opérations d'investissement requière, non pas des subventions, mais uniquement des avances sur les recettes qu'induiront le démarrage ou le développement de l'activité ou la mise en service d'un équipement ou d'un bâtiment. Or l'État ne dispose pas actuellement d'instrument financier permettant de faire ces avances aux établissements de santé.

La nouvelle rédaction du III de l'article 40 précité a d'autre part pour effet de supprimer les dispositions prévoyant actuellement que le FMESPP « *contribue au financement des charges supportées par les établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation menée en vue de la validation des référentiels de qualité mentionnés à l'article L. 1414-3 du code de la santé publique* », dans la mesure où cette mission incombe désormais à la Haute autorité de santé.

Le 2° a pour objet d'insérer après le III *bis* de l'article 40 précité deux nouveaux paragraphes, qui reprennent et complètent les dispositions figurant dans le III du même article, prévoyant le financement par le FMESPP des trois missions destinées à accompagner la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 ».

Ainsi, le III *ter* prévoit que le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission « *chargée de concevoir les modalités de financement des activités de soins des établissements de santé* » et de conduire les expérimentations visées à l'article L. 6122-19 du code de la santé publique ⁽¹⁾, c'est-à-dire la Mission nationale sur la tarification à l'activité (MT2A).

(1) Cet article prévoit la possibilité d'expérimenter de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du même code. Les expériences peuvent être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon les modalités définies par voie réglementaire.

Dans le prolongement des recommandations de Cour des comptes et la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale (cf. l'encadré ci-dessous), une réflexion est actuellement engagée afin de clarifier le pilotage de la réforme de la T2A, qui doit incomber à titre principal à l'État, en recentrant notamment les missions de la MT2A sur la conduite des expérimentations en la matière.

De même, le premier alinéa du nouveau paragraphe III *quater* de l'article 40 précité prévoit que le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements des références et recommandations de gestion hospitalière.

La nécessaire clarification du pilotage de la T2A : les recommandations de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS)

« La Cour des comptes dresse, dans sa communication à la MECSS, un « constat sévère » de l'organisation et des moyens effectivement mobilisés pour assurer la mise en œuvre de la réforme. Elle note que les rôles effectifs des trois pôles de compétences que sont la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), la MT2A et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sont suffisamment différenciés. La MT2A a été créée, dès l'annonce de la réforme, au mois de novembre 2002. Cette création correspondait à la volonté ministérielle de piloter directement et rapidement la réforme. Peu de temps après, une mission d'audit et d'accompagnement a été créée au sein de la MT2A.

Fort logiquement, la MT2A s'est vu assigner une mission de conception et de maîtrise d'ouvrage et la DHOS n'avait, en conséquence, pas la responsabilité du pilotage de la réforme. En réalité, la DHOS a très rapidement repris le contrôle du pilotage de la réforme au détriment de la MT2A. Cela s'explique en partie par la capacité d'expertise de la direction, que n'avait pas la MT2A en raison de l'insuffisance de ses moyens, pour la rédaction des très nombreux textes à publier dans des délais brefs. Cet empiètement de la DHOS sur les missions de la T2A paraît plus encore d'actualité.

La MECSS n'a pas manqué d'être frappée par le fait qu'il n'a pas été possible d'auditionner la MT2A hors la présence de la DHOS. Encore peut-on ajouter que lors des deux auditions communes de la DHOS et de la MT2A, les représentants de cette dernière n'ont guère eu le loisir de s'exprimer. Au-delà de l'anecdote, cela illustre le rôle désormais secondaire, voire subsidiaire, de la MT2A. La MT2A, dotée de moyens insuffisants et intégrée de fait à la DHOS, paraît avoir perdu sa spécificité et sa justification. On peut d'ailleurs ajouter que le comité de pilotage de l'accompagnement des réformes hospitalières – créé en 2005 et chargé de l'explication, de la communication, de la formation et des missions d'audit et de suivi personnalisés des établissements en difficulté – empiète aussi sur les compétences de la MT2A. L'intégration formelle de la MT2A au sein de la DHOS serait une prise d'acte de l'entrée dans une nouvelle phase de gestion de l'application de la T2A et aurait le mérite de la clarté. Le rôle de pilote de la DHOS serait en conséquence pleinement reconnu. »

Le second alinéa de ce paragraphe dispose également que le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission nationale d'appui à l'investissement, placée auprès du ministre chargé de la santé, et des missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs d'ARH.

Les dispositions de ces deux derniers paragraphes sont ainsi identiques à celles qui sont actuellement prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Par coordination, le 4^o du I du présent article complète le IV de l'article 40 précité afin de préciser que le montant de chaque subvention ou avance du fonds est arrêté par le directeur de l'ARH, dans la limite des montants régionaux arrêtés par le ministre chargé de la santé.

De même, par cohérence avec les dispositions introduites par le 1^o du I du présent article, le 5^o modifie la rédaction du paragraphe V de l'article 40 précité, afin de préciser que les ressources du FMESPP, qui sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, comprennent également le reversement des avances récupérables mentionnées au III.

Le 6^o prévoit par ailleurs une ressource supplémentaire pour le fonds, en complétant le premier alinéa du même paragraphe V.

Ainsi, en cas de fermeture définitive d'un établissement de santé privé, les fonds publics reçus par ces établissements devront désormais être reversés au FMESPP, et non plus à des collectivités publiques ou à d'autres établissements de santé, conformément à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique, tel que modifié par le III du présent article (*cf. infra*).

Le II du présent article tend à supprimer les dispositions de l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique, tel qu'issu de l'ordonnance du 2 mai 2005 ⁽¹⁾, qui prévoyait que les conseillers généraux des établissements de santé (*cf. l'encadré présenté ci-dessous*) soient placés auprès du ministre de la santé « *dans le cadre d'une mission de coordination financée par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés* » (FMESPP).

Le financement de la rémunération des conseillers généraux doit être en effet intégralement pris en charge par l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, créé par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 ⁽²⁾, auxquels ils seraient rattachés, et non par le FMESPP.

(1) Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

(2) Ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

Le rôle des conseillers généraux des établissements de santé

Aux termes de l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique, les conseillers généraux des établissements de santé, placés auprès du ministre chargé de la santé, assurent à sa demande, dans le cadre d'une mission de coordination financée par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, les attributions suivantes :

1° Proposer au ministre toutes mesures propres à améliorer le fonctionnement de ces établissements et leurs relations avec les collectivités territoriales, les usagers et l'Etat ;

2° Entreprendre toutes études et enquêtes portant sur la gestion administrative et financière des établissements ;

3° Assurer des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion, que les établissements peuvent demander au ministre.

Ces conseillers sont recrutés sur des emplois dotés d'un statut fonctionnel, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, parmi les fonctionnaires de catégorie A et les praticiens titulaires ou parmi les personnalités qui ont exercé des responsabilités dans des instances ou des organismes en relation avec l'hôpital ou ayant réalisé des travaux scientifiques dans le domaine de la santé publique. En outre, à la demande du directeur de l'ARH et dans les conditions prévues à l'article L. 6143-3-1 du même code, des conseillers généraux des établissements de santé peuvent être désignés par le ministre chargé de la santé pour assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé.

Les seize premiers conseillers généraux ont été nommés par un arrêté du ministre de la santé et des solidarités en date du 27 juillet 2006, publié au *Journal officiel* le 8 août 2006.

Le **III** a pour objet de modifier la rédaction de l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique, par coordination avec les dispositions prévues par le 6° du I du présent article.

Ainsi, le 1° de ce paragraphe prévoit qu'en cas de fermeture définitive d'un établissement ou d'un service géré par un organisme privé, les sommes affectées à l'établissement ou au service fermé apportées par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics ou par les organismes de sécurité sociale et ayant permis le financement de l'actif immobilisé de l'établissement ou du service, devront être reversées au FMESPP, et non plus « à une collectivité publique ou à un établissement privé poursuivant un but similaire ».

Pour les mêmes raisons, le 2° modifie la rédaction du deuxième alinéa de l'article L. 6161-3-2 afin de supprimer toute référence aux fait que les collectivités ou établissements de santé sont bénéficiaires des fonds publics ainsi reversés.

De même, le 3° abroge l'avant-dernier alinéa du même article, aux termes duquel « la collectivité publique ou l'établissement privé attributaire des sommes précitées est choisi par l'association gestionnaire de l'établissement ou du service fermé, avec l'accord du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation du lieu d'implantation de cet établissement ou service. »

Enfin, le **IV** du présent article fixe à 376 millions d'euros pour l'année 2007 le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP, soit une augmentation d'environ 15 % par rapport à la dotation fixée pour 2006 à 327 millions d'euros.

Évolution et répartition thématique des crédits du FMESPP depuis 2004

(en millions d'euros)

		2004	2005	2006 (p)	2007 (p)	
Dotation annuelle des régimes d'assurance maladie		470	405	327	376	
Volet Ressources humaines	Aides individuelles	38,8	48,74	60	40	
	Aides collectives	CLACT		6	10	40
		Projets sociaux	12			
		Promotion professionnelle	48	24	30	30
		Autres	-	-	25,1	25,11
		TOTAL	60	30	65,10	95,10
	Autres	Soutien exceptionnel IFSI	2	2		
		Conseillers généraux			2	
Total volet « ressources humaines »		110	70,8	127,6	135,1	
Volet Investissement	Plan hôpital 2007 – aides en capital	301,8	261,2	100	100	
	Autres opérations d'investissement	8,3	1,6	47,7	40,6	
Canicule		6,6				
Missions Hôpital 2007	MT2A	3,8	5,3	3,6	6,5	
	MAINH	6,2	7,7	11,6	11,6	
	MEAH	7	7,7	4,7	29,9	
	Audits		10,4	23,7		
Autres	Expérimentation gouvernance	8	8			
	Étude COMPAQH	0,1	0,05	0,3		
	Accréditation manuel V2	2	4	7		
	Soutien établissements privés/appui mise en œuvre T2A	14	22	8	6	
	Expérimentation PMSI-SSR				6	
	Appui mise en œuvre PMSI-HAD		2	0,5		
	Mises aux normes systèmes radio SMUR			1,3	1,4	
	Aides aux établissements de santé (restructuration, reconversion hors volet RH)				25	
	Appui mise en œuvre MPSI - psychiatrie		5	12	6	
	Mise aux normes réseau téléphonique SAMU				2	
	Intéressement accords bonne pratique			1	5	
Total		470,6	408,2	351,7	376,1	

Source : ministère de la santé et des solidarités

Article 50

Fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et prolongation de sa participation à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP)

Cet article vise à fixer le montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) pour 2007 et à prolonger d'une année supplémentaire certaines de ses missions ⁽¹⁾.

1. La prolongation de la possibilité pour le FAQSV de participer à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP)

Conformément au deuxième alinéa du II de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, le FAQSV peut actuellement contribuer « jusqu'au 31 décembre 2006 » :

– aux expérimentations, dans quelques sites pilotes, d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales ;

– à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP), prévu par l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, tel qu'issu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Cette dernière mission, qui s'inscrit dans le prolongement de la première, a été confiée au fonds par l'article 60 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Le FAQSV a ainsi contribué à hauteur de 57 millions d'euros à la préparation du déploiement du DMP en 2006. Les expérimentations engagées depuis juin dernier constituent en effet une étape décisive pour la réussite du DMP.

Il est donc « normal », comme l'a souligné le ministre de la santé et des solidarités, le 22 septembre dernier, « que cette étape se prolonge pour que nous continuions à adapter le projet aux besoins et qu'ainsi le DMP soit opérationnel dès la mi-2007 ».

(1) Pour une présentation détaillée de ce fonds, cf. supra, le commentaire présenté sous l'article 4 du projet de loi relatif au montant rectifié de sa dotation pour 2006.

***L'expérimentation, une étape clé de la mise en œuvre
du dossier médical personnel (DMP)***

« La phase d'expérimentation a débuté le 1^{er} juin 2006. Elle est conduite sur 17 sites par les six consortiums qui ont été officiellement agréés le 22 mai dernier comme hébergeurs de données de santé. Les sites pilotes ont été proposés par des hébergeurs des DMP. Ils tiennent compte des spécificités du tissu local des professionnels de santé.

L'objectif est de développer un outil correspondant véritablement aux besoins des professionnels de santé. À cet effet, l'expérimentation permet de faire tester les fonctionnalités du DMP. La phase se fonde sur : l'ouverture de 30 000 dossiers de patients réels ; la mobilisation d'environ 1 500 professionnels de santé libéraux, près de 100 établissements de soins et 37 réseaux de soins ; le volontariat des patients comme des professionnels de santé.

Cette phase d'expérimentation permet de valider sur le terrain, avec l'ensemble des acteurs mobilisés, les éléments indispensables à la réussite du DMP. La phase d'expérimentation permet également de préciser dans quelles conditions les professionnels de santé et les patients peuvent s'approprier et tirer mutuellement profit du DMP. Dans ce cadre, le groupement d'intérêt public (GIP-DMP) va évaluer à la fois les éléments organisationnels, fonctionnels et techniques du DMP et les réponses apportées par chaque hébergeur. De cette évaluation dépendront pour bonne part les éléments fonctionnels du futur cahier des charges de l'hébergement de référence. »

Source : dossier de presse du 22 septembre 2006 du ministère de la santé et des solidarités

Dans cette perspective, le **I** du présent article propose de modifier la rédaction de la première et de la dernière phrase du deuxième alinéa du **II** de l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale afin de prolonger « jusqu'au 31 décembre 2007 », la possibilité pour le FAQSV de participer aux deux types d'actions précédemment évoquées.

2. La fixation de la dotation annuelle et du plafond de dépenses du FAQSV pour 2007

Le **II** du présent article vise, d'une part, à fixer à 195 millions d'euros le montant maximal des dépenses du FAQSV pour 2007, contre 115 millions d'euros en 2006, conformément à l'article 4 du projet de loi.

Il est proposé, d'autre part, de fixer le montant de sa dotation à 178 millions d'euros, contre 60 millions pour 2006 ⁽¹⁾.

(1) Pour une présentation détaillée de l'évolution des crédits du FAQSV depuis 2002, se reporter au tableau présenté sous l'article 4 du présent projet de loi.

Article 51

Création d'un Fonds de prévention des risques sanitaires (FPRS)

Cet article propose de modifier les modalités actuelles de financement des dépenses de prévention des risques sanitaires exceptionnels, par la création d'un établissement public, dénommé « Fonds de prévention des risques sanitaires ».

1. L'insécurité juridique du dispositif actuel

• *La participation de l'assurance maladie à la constitution de stocks de précaution nécessaires en cas de menace sanitaire grave est légitime...*

Présenté par le gouvernement en septembre 2001, le « plan Biotox » comporte un ensemble de mesures visant à faire face à l'éventualité d'actes de terrorisme utilisant des substances biologiques, en matière de prévention, de surveillance, d'alerte et d'intervention en cas de crise, et définit précisément le rôle de chacune des administrations concernées.

Selon la nature des opérations, son financement est assuré par l'État, dans le cadre de la loi de finances, ou par l'assurance maladie, à travers une dotation à un fonds de concours, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ⁽¹⁾, afin de pourvoir à l'achat, au stockage et à la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d'un acte terroriste.

Le champ du fonds a par la suite été étendu à l'ensemble des menaces sanitaires graves afin notamment de parer au risque d'une pandémie de grippe aviaire. Quelque que soit la cause d'un risque sanitaire exceptionnel, la constitution de stocks de précaution est en effet essentielle afin de mobiliser et délivrer très rapidement ces produits dans des situations de crises et d'éviter ainsi la propagation d'épidémies.

Depuis sa création en 2001, le fonds de concours a ainsi permis l'acquisition, par exemple, de vaccins antivarioliques, de pastilles d'iode, mais aussi de masques ou d'antibiotiques. En particulier, un stock de 13,8 millions de traitements pour la grippe aviaire, commercialisés sous la marque Tamiflu®, a été constitué dans ce cadre.

Chaque année, depuis 2002, le montant de la contribution de l'assurance maladie à ce fonds de concours était ainsi fixé en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), comme l'indique le tableau ci-dessous.

(1) Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 42).

**Évolution du montant de la contribution de l'assurance maladie
au fonds de concours depuis 2002**

(en millions d'euros)

2002	2003	2004	2005	2006
198,18	155,40	62	176	175

Quant au principe même d'une contribution des caisses de sécurité sociale au plan Biotox, celui-ci avait été jugé conforme à l'objet de la branche maladie par le Conseil constitutionnel. Dans sa décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, celui-ci a en effet estimé que *« par la création d'un tel dispositif, le législateur poursuit, dans l'intérêt général, des objectifs de sauvegarde de la santé publique ; ainsi, la participation à ce fonds de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (...) n'est pas étrangère à ses missions »*.

Dans le même sens, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, dans sa communication du 17 novembre 2005, a jugé *« légitime de demander à l'assurance maladie de participer au financement de ce fonds et même d'augmenter cette participation dans la mesure où l'objet du fonds, initialement limité au financement des stocks de produits de santé destinés à la prophylaxie ou au traitement en cas d'attaques bioterroristes, a été étendu, fin 2004, à l'ensemble des menaces sanitaires graves, en particulier pour faire face à une éventuelle pandémie de grippe aviaire »*.

• ... mais elle ne peut juridiquement prendre la forme d'une contribution à un fonds de concours

L'article 17 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) organise la nouvelle procédure des fonds de concours, qui sont constitués d'une part, par des fonds à caractère non fiscal versés par des personnes morales ou physiques pour concourir à des dépenses d'intérêt public et, d'autre part, par le produit de legs et donations attribués à l'Etat. Il est par ailleurs expressément indiqué que *« l'emploi des fonds doit être conforme à l'intention de la partie versante »*.

Ainsi, tant les termes mêmes de l'article 17, qui excluent l'alimentation des fonds de concours par des impositions, que l'interprétation qu'en a donné le Conseil constitutionnel, qui souligne le caractère intentionnel du versement et le respect de l'intention de la partie versante, s'opposent à ce qu'un fonds de concours comporte en recettes le produit de prélèvements obligatoires.

C'est pourquoi, dans sa décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005, le Conseil constitutionnel a jugé incompatible avec les dispositions de la LOLF, les articles 5 et 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, fixant le montant de la participation de l'assurance maladie au fonds de concours, en

jugeant qu'« *un tel prélèvement, en raison de son caractère obligatoire, ne figure pas parmi les recettes qui peuvent abonder un fonds de concours* ».

Le Conseil constitutionnel n'a pas pour autant censuré ces articles, ce qui aurait dangereusement désorganisé un dispositif qui pourrait se révéler indispensable à la protection sanitaire de la population, qui constitue un « *intérêt général de valeur constitutionnelle* ».

En revanche, sa décision invite les pouvoirs publics à se conformer à partir de 2007 avec les nouvelles prescriptions organiques qui régissent les procédures comptables particulières d'affectation de recettes. Si tel n'était pas le cas, il y a tout lieu de penser que « *la censure serait inévitable lors de l'examen de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale* ⁽¹⁾ ».

2. Le projet de loi propose de substituer au fonds de concours un nouvel établissement public : le Fonds de prévention des risques sanitaires

Le I du présent article propose de modifier le chapitre préliminaire (« *Menace sanitaire grave* ») du titre premier (« *Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles* ») du livre premier de la troisième partie du code de la santé publique.

Après l'article L. 3110-5 du même code, qui prévoit notamment qu'« *un fonds finance les actions nécessaires à la préservation de la santé de la population en cas de menace sanitaire grave ou d'alerte épidémique* », le A du I insère en premier lieu trois nouveaux articles, numérotés L. 3110-5-1 à L. 3110-5-3, qui définissent les missions, les dépenses et les recettes du FPRS.

- Article L. 3110-5-1 du code de la santé publique : Missions du fonds

Le premier alinéa de cet article prévoit que le FPRS est chargé de financer « *la prévention des risques sanitaires exceptionnels* », notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelle que soit son origine ou sa nature, ces dernières dispositions étant identiques à celles de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ⁽²⁾, qui définit actuellement les missions du fonds de concours.

Le second alinéa précise la nature juridique du fonds, qui prend la forme d'un établissement public de l'État administré par un conseil d'administration constitué de représentants de l'État.

(1) Cahiers du Conseil constitutionnel n° 20 (décisions d'octobre 2005 à mars 2006).

(2) Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

- Article L. 3110-5-2 du code de la santé publique : Dépenses du fonds

Cet article dispose que les dépenses du fonds sont constituées, outre les frais de gestion administrative, par la prise en charge, dans la limite des crédits disponibles, des dépenses de prévention des risques sanitaires exceptionnels notamment pour l'achat, le stockage et la livraison de destinés à la prophylaxie ou aux traitements d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelque soit son origine ou sa nature.

Il est également précisé que les produits et traitements achetés pour la réalisation de ces mesures sont la propriété de l'Etat, qui est l'autorité adjudicatrice des marchés, le fonds étant chargé d'effectuer l'ordonnancement et le paiement de la dépense.

- Article L. 3110-5-3 du code de la santé publique : Recettes du fonds

Cet article prévoit quatre catégories de recettes :

– une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, et répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire selon les mêmes modalités que celles actuellement prévues pour le fonds de concours par la loi de financement de la sécurité pour 2004 ;

- des subventions de l'État ;
- les produits financiers ;
- les dons et legs qui lui seraient affectés.

L'arrêté fixant le montant de la contribution des régimes d'assurance maladie devrait dès lors être publié rapidement après la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2007, selon l'exposé des motifs du projet de loi.

Le **B** du I du présent article tend à modifier la rédaction de l'article L. 3110-10 du code de la santé publique relatif aux modalités d'application des articles L. 3110-7 à L. 3110-9 du même code.

Le 1^o procède à une réécriture globale du premier alinéa de l'article L. 3110, afin que les modalités d'application de l'ensemble du chapitre préliminaire « *Menace sanitaire grave* », au sein duquel sont insérées les nouvelles dispositions instituant le FPRS, soient définies par décret en Conseil d'État, sauf disposition contraire.

Complétant le même article L. 3110-10 par un nouvel alinéa (*f*), le 2^o prévoit que la composition du conseil d'administration ainsi que les conditions

d'organisation et de fonctionnement du FPRS seront également définies par décret en Conseil d'État.

Le **II** de cet article précise qu'à titre transitoire et jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, sera chargé de la gestion du FPRS. En effet, comme le précise l'exposé des motifs du projet de loi, le FSV « *dispose d'une grande expérience dans ce domaine, ayant eu par le passé à gérer le fonds de réserve des retraites, le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité ou le fonds de financement de l'allocation personnalisée pour l'autonomie* ».

L'ensemble de ces dispositions doit ainsi permettre une organisation pleinement opérationnelle au 1^{er} janvier 2007 et garantir ainsi la pérennité et la sécurisation juridique du dispositif actuel de prévention des risques sanitaires exceptionnels.

Article 52

Objectif de dépenses de la branche maladie pour 2007

Conformément aux dispositions prévues par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article a pour objet de fixer, pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès, les montants des objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général pour l'année 2007.

1. Les champs respectifs des objectifs de dépenses de la branche maladie et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

L'article L. O. 111-4 du même code prévoit l'adjonction au projet de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) d'une annexe précisant notamment le périmètre de l'ONDAM et sa décomposition en sous-objectifs ainsi que les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'ONDAM.

Conformément à l'article 23 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, cette annexe est pour la première fois jointe, dans son intégralité, au présent projet de loi (annexe n°2). Sa lecture fait ainsi apparaître trois différences fondamentales entre l'ONDAM et les objectifs de dépenses de la branche maladie.

(1) Ce fonds a pour mission est de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale.

• *Ces deux catégories d'objectifs de dépenses recouvrent en premier lieu des champs distincts.*

Au sein des objectifs de dépenses des branches, sont pris en compte des postes de dépenses plus nombreux que ceux qui sont intégrés dans l'ONDAM, comme l'illustre le tableau présenté ci-après.

Ainsi, le champ des prestations relevant de l'ONDAM est plus limité que celui de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie (les objectifs de la branche comprennent par exemple les indemnités versées pendant les congés maternité) et surtout de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (qui intègre par exemple les rentes versées suite à un accident du travail, contrairement à l'ONDAM).

Il convient par ailleurs de rappeler qu'une part croissante des dépenses de l'ONDAM n'ont pas le caractère des prestations.

C'est le cas par exemple des dotations de l'assurance maladie au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé ou encore des aides à la télétransmission.

En raison de ces différences de champ, le taux d'évolution des charges de l'ensemble des régimes de base ou du seul régime général peut différer sensiblement avec celui de l'ONDAM.

C'est particulièrement le cas pour la branche AT-MP, pour laquelle la proportion des dépenses relevant de l'ONDAM, (environ 30 %) se réduit régulièrement du fait de la part croissante des dépenses liées au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

S'agissant de la branche maladie, la part des dépenses relevant de l'ONDAM reste très importante, puisqu'elle représente environ 80 % des charges de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

L'articulation entre l'ONDAM et les objectifs de dépenses de la branche maladie et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité, décès		Objectif de la branche AT-MP	
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
<i>A. Gestion technique</i>	<i>A. Gestion technique</i>	<i>A. Gestion technique</i>	<i>A. Gestion technique</i>
I. Prestations sociales :	I. Prestations légales maladie- maternité (hors IJ maternité) :	I. Prestations pour incapacité temporaire :	I. Prestations pour incapacité permanente
– Prestations en espèces indemnités journalières (IJ) maternité			
– Prestations invalidité, décès	– Prestations en nature maladie maternité	– Prestations en nature (ville et établissements)	
– Prestations extra-légales (action sanitaire et sociale)	– Prestations en espèces IJ maladie	– IJ suite à un accident du travail	
– Actions de prévention			
– Autres prestations			
– Part des prestations médico-sociales financée par les recettes propres de la CNSA			
II. Charges techniques	II. Charges techniques dont :		II. Charges techniques
	– Prise en charge de cotisations des professionnels de santé libéraux		– Rentes accidents du travail
	– Dotation aux fonds (FAQSV et FMESPP)		– Dotation aux fonds amiante
III. Diverses charges techniques			III. Diverses charges techniques
IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM			IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM
V. Charges financières			V. Charges financières
<i>B. Gestion courante</i>	<i>B. Gestion courante</i>		<i>B. Gestion courante</i>
	– Aides à la télétransmission		
<i>C. Charges exceptionnelles</i>			<i>C. Charges exceptionnelles</i>

Source : annexe 2 du projet de loi (tableau réalisé par la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application de la loi de financement pour 2004, et réactualisé par la direction de la sécurité sociale)

- *Les objectifs de dépenses de la branche maladie et l'ONDAM reposent en second lieu sur des concepts de nature très différente.*

En effet, le taux d'évolution de l'ONDAM correspond à la progression des dépenses prévues par l'objectif fixé pour l'année $n + 1$ par rapport aux dépenses prévisionnelles de soins, en droits constatés, au titre de l'année n . Or ces prévisions font l'objet de révisions régulières jusqu'en année $n + 2$, qui permettent progressivement de mieux connaître de la situation économique réelle de la consommation de soins en année n .

En revanche, les dépenses de prestations de l'année n figurant dans les comptes des branches sont arrêtées une fois pour toute lors de la clôture de ces derniers. Des dotations aux provisions permettent en effet de prendre en compte les prévisions de dépenses de soins à financer au titre de l'exercice clos et qui ne sont pas encore liquidées, mais le montant de ces dotations est définitif d'un point de vue comptable. Dès lors, selon l'annexe 2 du projet de loi, « *le passage du taux d'évolution de l'ONDAM au taux d'évolution des prestations doit tenir compte du fait que des révisions de base de l'ONDAM ont pu intervenir depuis la clôture des comptes, s'écartant de la base comptable qui, elle, est définitive dans les comptes des régimes* ».

- *Enfin, les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie sont différemment prises en compte pour le calcul des objectifs de dépenses.*

Alors que l'ONDAM porte sur l'ensemble des régimes obligatoires de base, les objectifs de dépenses de la branche maladie sont fixés, d'une part, pour le régime général de la sécurité sociale et, d'autre part, pour l'ensemble des régimes de base. En raison notamment des spécificités socio-démographiques propres à chaque régime, le rythme d'évolution de leurs dépenses peut être sensiblement différent du taux de progression de l'ONDAM.

En résumé, selon l'annexe 2 du projet de loi, « *le caractère économique, inter-régimes et périodiquement actualisable de l'ONDAM diffère du caractère comptable, reposant sur l'addition des comptes de chaque régime et construit à partir des comptes définitivement clos de l'année précédente des objectifs de dépenses du PLFSS* ».

2. Les objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2007

Pour l'année 2007, le présent article propose tout d'abord de fixer à 169,9 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche maladie pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, soit une augmentation de 2,8 % par rapport à l'objectif prévu pour 2006, tel que rectifié par l'article 7 du projet de loi.

S'agissant du régime général, il est proposé de fixer à 146,5 milliards d'euros le montant de l'objectif de dépenses pour 2007, soit une augmentation de 2,6 % par rapport au montant rectifié de l'objectif de dépenses pour 2006, conformément à l'article 6 du projet de loi.

***Évolution du montant des objectifs de dépenses de la branche
maladie, maternité, invalidité et décès depuis 2006***

(en milliards d'euros)

	Objectifs prévus en LFSS pour 2006	Objectifs rectifiés pour 2006	Objectifs fixés pour 2007
Régime général	131,9	142,7	146,5
Tous régimes	153,4	165,2	169,9

Article 53

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

Conformément aux dispositions prévues par l'article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article vise à déterminer, pour l'année 2007, le montant (et non le taux de progression) de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base et de ses sous-objectifs, dont le nombre a été fixé à six.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les amendements parlementaires peuvent ainsi modifier le montant des sous-objectifs, le solde ne pouvant cependant être positif, c'est-à-dire conduire à une augmentation de l'objectif national proposé par le gouvernement ⁽¹⁾.

**1. Les montants proposés de l'ONDAM et de ses sous-objectifs pour
l'année 2007**

Le présent article propose de fixer à 144,6 milliards d'euros le montant de l'ONDAM pour 2007, celui-ci se décomposant de la façon suivante.

(1) Conformément au IV de l'article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale, qui dispose notamment qu'« au sens de l'article 40 de la Constitution, la charge s'entend, s'agissant des amendements aux projets de loi de financement de la sécurité sociale s'appliquant aux objectifs de dépenses, de chaque objectif de dépenses par branche ou de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie » (ONDAM).

**Montants de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)
et de ses sous-objectifs pour 2006 et 2007**

(En milliards d'euros)

	Objectifs rectifiés pour 2006*	Objectifs proposés pour 2007
Dépenses de soins de ville	66	66,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	46	47,5
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,7	18,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,4	4,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	7,0
Autres prises en charge	0,6	0,7
Total	141,3	144,6

* en application de l'article 8 du présent projet de loi.

Le dernier sous-objectif relatif aux autres modes de prises en charge comprend les dépenses de soins des ressortissants français à l'étranger et la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). Sont également incluses dans cet objectif les dépenses médico-sociales non déléguées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), liées aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CCST), centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA), lits halte soins santé (LHSS), appartements de coordination thérapeutique, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARRUD) ainsi que d'autres actions expérimentales.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006⁽¹⁾, ces dernières dépenses font l'objet d'un objectif spécifique (qui correspond donc à un « sous-sous objectif »), fixé par arrêté dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement.

Il est par ailleurs à noter que la somme du montant proposé de chacun des six sous-objectifs pour 2007 (144,7 milliards d'euros) n'est pas égale à ce qui est présenté par le présent article comme le « total », c'est-à-dire au montant de l'ONDAM (fixé à 144,6 milliards d'euros), en raison des arrondis auxquels il a été procédé pour la construction de celui-ci.

(1) Conformément à l'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 50 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

2. Les taux de progression de l'ONDAM pour 2007 et de ses sous-objectifs par rapport à l'année 2006

Pour mesurer la progression des dépenses, les montants des objectifs fixés pour 2007 par le présent article doivent être rapportés aux dernières prévisions d'exécution des dépenses relevant du champ de l'ONDAM en 2006, en prenant également en compte les changements de périmètre ainsi que les opérations dites de « rebasage ».

Contrairement à l'ONDAM pour l'année 2006, qui faisait l'objet d'importants changements de périmètre par rapport à l'objectif fixé pour 2005 ⁽¹⁾, il convient tout d'abord de souligner que l'ONDAM pour 2007 n'enregistre aucune modification de périmètre.

En revanche, par rapport au montant prévisionnel des réalisations de 2006 sur le champ de l'ONDAM, la base utilisée pour la construction de l'ONDAM 2007 est affectée par plusieurs opérations qui viennent la minorer.

Selon les informations communiquées par le ministère de la santé et des solidarités, il s'agit principalement de : la réévaluation à la hausse du montant du transfert aux collectivités locales des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), qui se traduit par une diminution des dépenses relevant du champ hospitalier ; la décision de ne pas reprendre en base l'intégralité du dépassement prévu en 2006 sur les établissements de santé ; d'un abattement lié à des mesures non reconductibles sur le poste médico-social.

Au total, ces opérations minorent la base 2007 d'un montant de l'ordre de 240 millions d'euros par rapport aux prévisions de réalisations pour 2006 des dépenses relevant du champ de l'ONDAM.

Par rapport à cette nouvelle base, le montant de l'ONDAM fixé par le présent article pour 2007 correspond à une progression de 2,5%, celle-ci se décomposant comme suit : +0,8 % pour les soins de ville ; +3,5 % pour l'ensemble des dépenses des établissements de santé ; +6,5 % pour les deux sous-objectifs relevant du secteur médico-social ; +7 % pour les autres modes de prise en charge.

Le tableau présenté ci-après permet de récapituler l'ensemble des données relatives à la construction et à l'évolution des dépenses relevant du champ de l'ONDAM pour 2006 et 2007.

(1) Plusieurs dépenses ont en effet été intégrées dans l'ONDAM, notamment : la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé, les aides à la télétransmission, les exonérations de ticket modérateur des ALD 31 et 32, les dotations au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Construction et évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2006 et 2007
(Montants exprimés en milliards d'euros, arrondis à 100 millions d'euros)

	Construction ONDAM 2006		Prévision d'exécution ONDAM 2006				Construction ONDAM 2007		
	Sous-objectifs*	Taux cibles actualisés**	Base réactualisée	Prévision 2006***	Taux d'évolution	Ecart à l'objectif	Base	Objectifs du PLFSS	Taux d'évolution
1. Soins de ville	65,3	0,5 %	65,0	66,0	1,5 %	0,7	66,0	66,5	0,8 %
Sous-total ONDAM hospitalier	63,6	3,2 %	61,6	63,7	3,4 %	0,1	63,5	65,7	3,5 %
2. Établissement de santé tarifés à l'activité	45,8	2,4 %	44,7	46,0	2,8 %	0,2	45,8	47,5	3,7 %
3. Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,8	5,5 %	16,9	17,7	5,2 %	-0,1	17,7	18,3	3,0 %
Sous-total ONDAM médico-social	11,0	6,6 %	10,3	11,0	6,6 %	0,0	11,0	11,7	6,5 %
4. Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,4	9,2 %	4,0	4,4	9,2 %	0,0	4,4	4,7	8,0 %
5. Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	5,0 %	6,3	6,6	5,0 %	0,0	6,6	7,0	5,5 %
6. Autres prises en charge	0,7	7,0 %	0,6	0,6	2,3 %	0,0	0,6	0,7	7,6 %
ONDAM TOTAL	140,7	2,2 %	137,6	141,3	2,7 %	0,7	141,1	144,6	2,5 %

(*) Compte tenu de transferts techniques, les montants de ces sous-objectifs diffèrent très légèrement de ceux figurant en LFSS pour 2006 (**). Les taux d'évolution des sous-objectifs sont calculés par rapport à la base réactualisée et diffèrent donc de ceux fournis lors de la construction de l'ONDAM (***). Montants correspondants aux objectifs de dépenses pour 2006, tels que rectifiés par l'article 7 du présent projet de loi.

Source : tableau réalisé d'après les données présentées dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2006, complétées par les informations communiquées par le ministère de la santé et des solidarités.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accident du travail et maladies professionnelles

Article 60

Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Cet article porte pour l'année 2007 à 800 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à 315 millions d'euros celle au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Le paragraphe I fixe pour 2007 la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante a été instauré par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, loi de financement pour la sécurité sociale pour 1999, et par le décret d'application n° 99-247 du 29 mars 1999. Sa vocation est d'accorder une période de retraite plus longue à certains salariés dont l'espérance de vie est potentiellement réduite par leur exposition à l'amiante.

Le FCAATA est destiné à financer l'allocation de cessation anticipée d'activité, assimilée à un régime de préretraite en faveur des travailleurs de l'amiante âgés de plus de 50 ans. Il prend en charge les allocations ainsi que les cotisations d'assurance vieillesse volontaire et de retraite complémentaire. L'allocation de cessation anticipée d'activité s'adresse à plusieurs catégories de travailleurs de l'amiante : salariés ou anciens salariés (du régime général ou du régime AT-MP des salariés agricoles) reconnus atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou des établissements de construction et de réparation navale. Le champ des salariés éligibles a été progressivement étendu par les lois de financement de la sécurité sociale par exemple aux dockers professionnels et aux personnels portuaires de manutention et, depuis 2003, aux salariés agricoles atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante. À l'exception de quelques fonctionnaires du ministère de la défense qui relèvent d'un dispositif particulier, il convient de souligner que les fonctionnaires ne

peuvent pas bénéficier de ce dispositif, ce qui n'est pas sans poser un problème d'équité.

Les comptes du FCAATA traduisent la montée en charge du dispositif et le rapport du Gouvernement au Parlement présentant l'impact financier de l'indemnisation des victimes de l'amiante pour l'année en cours et pour les vingt années suivantes (2003) a mis en évidence une explosion des coûts de la prise en charge des victimes.

Le nombre d'allocataires présents dans le dispositif a évolué comme suit :

Allocataires en cours du FCAATA

Année	Nombre d'allocataires	Variation
2000	3 785	-
2001	9 152	+ 148 %
2002	16 681	+ 82 %
2003	22 516	+ 35 %
2004	27 409	+ 22 %
2005	31 368	+ 14,4 %

En dépit de sa décélération, le rythme de croissance du nombre d'allocataires reste donc élevé. Le FCAATA demeure en phase de montée en charge.

En conséquence, il est proposé, pour accompagner cette montée en charge, d'augmenter une nouvelle fois le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (la contribution AT/MP du régime général a pratiquement été multiplié par cinq en cinq ans) en la portant à 800 millions d'euros pour 2007.

On rappellera que le fonds est en outre alimenté par une fraction du produit des droits de consommation sur les tabacs ⁽¹⁾, d'une contribution de la Mutualité sociale agricole (MSA) depuis 2003 et, depuis le 5 octobre 2004, d'une contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante définie à l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

(1) 0,31 % en 2005

Évolution des produits
du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

(en milliers d'euros)

Années	2001	2002	2003	2004	2005	Taux d'évolution 2004/2005
Contribution AT- MP Régime général	205 806	300 000	450 000	500 000	600 000	20 %
Fraction des droits sur les tabacs	31 356	34 315	32 319	27 933	29 084	4 %
Contribution MSA	/	/	(1)	200	(2)	/
Contribution sur les entreprises (3)					68 025	
Produits financiers	646	681	245	118	118	0 %
Total	237 988	334 996	482 565	528 251	697 227	32 %

(1) Le montant de la contribution de la MSA de 100 000 € pour 2003 a été enregistré sur l'exercice 2004.

(2) L'arrêté fixant la contribution 2005 de la MSA n'est jamais paru. En conséquence, aucun montant n'a été enregistré par la MSA dans ses comptes 2005 et donc dans les comptes du FCAATA.

(3) Depuis le 5 octobre 2004, les entreprises, inscrites sur les listes ou qui supportent directement la charge des dépenses occasionnées par les maladies professionnelles liées à l'amiante, doivent verser une contribution pour chaque nouveau salarié bénéficiaire du dispositif.

Source : rapport FCAATA 2005

Le paragraphe II fixe pour 2007 la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Le FIVA est un établissement public créé spécialement par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et le décret d'application du 23 octobre 2001 pour assurer la réparation intégrale des préjudices des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante.

Le cinquième rapport d'activité du FIVA couvrant la période du 1^{er} juin 2005 au 31 mai 2006 et les statistiques fournies au rapporteur lors de l'audition, le 14 septembre 2006, du président du conseil d'administration du FIVA font état d'une consolidation de son activité.

Confirmant la tendance enregistrée depuis le début de l'activité du Fonds en 2002, le nombre de nouveaux dossiers adressés au FIVA a connu une très forte croissance en 2005 qui semble se confirmer en début d'année 2006 (8 469 reçus sur l'ensemble de l'année 2005 contre 8 040 en 2004), ce qui porte le nombre cumulé de dossiers depuis juillet 2002 à 31 262.

La part de plus en plus prépondérante des victimes relevant du régime général se confirme à nouveau (88,12 %).

On constate que le FIVA reste la voie privilégiée par les victimes pour obtenir une réparation de leur préjudice, que le montant global d'indemnisation

continue de progresser fortement, que le délai d’instruction des demandes fixé par la loi à six mois connaît une nette dégradation en fin d’année et que la nature des demandes évolue avec une part croissante des affections bénignes.

Sur la période de juin 2005 à mai 2006, le FIVA a présenté 7 428 offres d’indemnisation aux victimes portant ainsi le nombre total depuis la création de l’établissement à 24 132.

L’activité de gestion assumée transitoirement par le fonds de garantie des assurances obligatoires des dommages (FGAO) a pris fin le 31 décembre 2004. Depuis cette date, la compétence du FIVA est devenue entière.

*Évolution des dossiers de victimes reçus
(nouveaux dossiers avec nouvelle victime)*

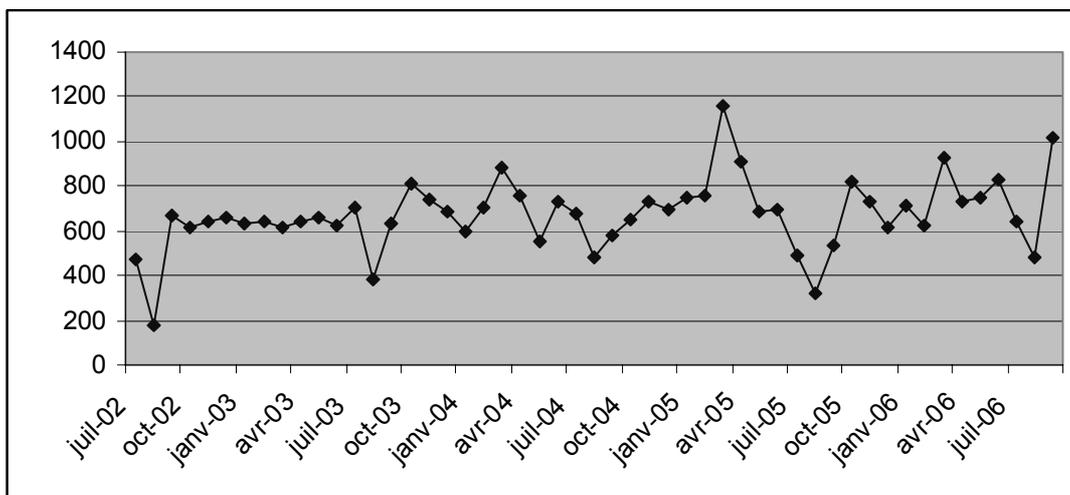
Flux des dossiers de victimes enregistrés			
Date	FGA*	FIVA	Total
Juillet 2002	470	0	470
Août 2002	175	0	175
Septembre 2002	669	0	669
Octobre 2002	618	0	618
Novembre 2002	640	0	640
Décembre 2002	657	0	657
Janvier 2003	633	0	633
Février 2003	643	0	643
Mars 2003	614	0	614
Avril 2003	644	0	644
Mai 2003	660	0	660
Juin 2003	140	481	621
Juillet 2003	28	677	705
Août 2003	17	370	387
Septembre 2003	5	626	631
Octobre 2003	7	807	814
Novembre 2003	3	738	741
Décembre 2003	3	681	684
Janvier 2004	0	594	594
Février 2004	0	701	701
Mars 2004	0	884	884
Avril 2004	0	761	761
Mai 2004	0	550	550
Juin 2004	0	734	734
Juillet 2004	0	676	676
Août 2004	0	481	481
Septembre 2004	0	581	581
Octobre 2004	0	653	653
Novembre 2004	0	728	728
Décembre 2004	0	697	697
Janvier 2005	0	748	748
Février 2005	0	755	755
Mars 2005	0	1 161	1 161
Avril 2005	0	911	911
Mai 2005	0	690	690
Juin 2005	0	692	692

Juillet 2005	0	486	486
Août 2005	0	319	319
Septembre 2005	0	534	534
Octobre 2005	0	824	824
Novembre 2005	0	730	730
Décembre 2005	0	618	618
Janvier 2006	0	717	717
Février 2006	0	626	626
Mars 2006	0	927	927
Avril 2006	0	728	728
Mai 2006	0	752	752
Juin 2006	0	830	830
Juillet 2006	0	645	645
Août 2006	0	482	482
Septembre 2006	0	1 020	1 020
Total	6 623	27 615	34 238

* Fonds de garantie des assurances

Source : FIVA

Évolution des dossiers de victimes reçus
(nouveaux dossiers avec nouvelle victime)



Source : FIVA

Les importantes dotations affectées au FIVA depuis sa mise en place, tant au titre des lois de finances qu'au titre des lois de financement pour la sécurité sociale, lui ont permis de faire face à la constante progression de l'activité d'indemnisation. Ces dotations représentent au total plus de 1,6 milliard d'euros et se répartissent comme suit.

**Evolution des recettes et des dépenses du fonds et équilibre
(les montants sont exprimés en millions d'euros) :**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Contribution de la branche accidents du travail/ maladies professionnelles	438,3	180	190	100*	200*	315*	1 423,3
Contribution de l'Etat		38	40	0*	52*	48*	178
Dotations	438,3	218	230	100	252	363	1601,3
Dépenses	0	14,1	176,7	462*	431*	424* estimation	
Résultat net annuel	438,3	203,9	53,3	-362	-179	-61	
Taux de consommation des dotations annuelles	0%	6,5%	77%	462%	171%	117%	
Dotations cumulées	438,3	656,3	886,3	986,3	1 238,3	1 601,3	1601,3
Dépenses cumulées	0	14,1	190,8	652,8	1 083,8	1 507,8	

* rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006

Les différentes dotations de l'Etat sont versées chaque année en totalité au fonds alors que les dotations de la branche accident du travail et maladies professionnelles du régime général ne le sont qu'en fonction des besoins que le FIVA précise au fur et à mesure.

Dans le dernier rapport d'activité du FIVA, il est précisé que « *le besoin de financement, hypothèse basse pour 2007, pourrait être égal à 361 millions d'euros (536 millions d'euros de dépenses prévisionnelles moins 175 millions de fonds de roulement positif)* ».

Compte tenu de ces éléments, le présent article prévoit pour 2007 le maintien de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au niveau de 2006, c'est-à-dire à 315 millions d'euros, sachant que la contribution de l'Etat devrait être de 50 millions d'euros.

Article 61

Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article a pour objet de fixer à 410 millions d'euros pour l'année 2007 le montant du reversement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) vers la branche maladie du régime général.

Issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 ⁽¹⁾, l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit en effet un reversement forfaitaire annuel à la charge de la branche AT-MP afin de compenser les dépenses indûment supportées par la branche maladie du fait de la sous-déclaration et donc de la non-prise en charge par la branche AT-MP des maladies professionnelles et, depuis la loi de financement pour 2002 ⁽²⁾, des accidents du travail conformément à la législation applicable en la matière, soit les dispositions prévues par le livre IV de la première partie du code de la sécurité sociale.

Ce phénomène de sous-déclaration, mais également de sous-reconnaissance, par les caisses d'assurance maladie des accidents du travail et des maladies professionnelles a des causes multiples et persistantes.

La Cour des comptes remarquait ainsi dans son rapport de septembre 2005 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, qu'« *il reste patent que les maladies professionnelles continuent, malgré les progrès enregistrés, à être sous-déclarées et sous-reconnues. Les statistiques épidémiologiques le montrent toujours davantage. Cette sous-reconnaissance résulte notamment des pratiques différentes des CRAM en la matière. Si certaines pathologies, comme le cancer, font l'objet d'études qui permettent d'évaluer ces phénomènes avec une certaine précision, l'information est en revanche extrêmement lacunaire pour d'autres pathologies professionnelles très répandues, tels que les troubles musculo-squelettiques.. Pour les seules dépenses d'hospitalisation, la charge induite que les défaillances dans l'imputation à la branche AT-MP font peser sur l'assurance maladie avait en effet été évaluée en 2002 par la Cour à 300 M€.* »

En application de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, il incombe à la loi de financement de la sécurité sociale de fixer, chaque année, le montant du reversement forfaitaire de la branche AT-MP à la branche maladie.

Afin de donner une base de calcul pour la détermination de ce montant, il est prévu qu'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes dépose au Parlement, tous les trois ans, un rapport « *évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles* », après avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionné à l'article L. 221-4 du même code.

Le dernier rapport de la commission prévue par l'article L. 176-2, présidée par M. Noël Diricq conseiller-maître à la Cour des comptes de juin 2005 constate certains progrès mais souligne « *que l'ensemble des connaissances permettant d'évaluer la sous-déclaration reste à ce jour lacunaire..* ».

Ce rapport fait également le constat suivant : « *Il est préoccupant de noter que l'évolution actuelle du monde du travail recèle des causes spécifiques*

(1) Article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

(2) Article 54 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

d'aggravation du phénomène, ne serait-ce que parce que la traçabilité des origines des pathologies va dans bien des cas devenir plus difficile.

« Il faut donc se garder de croire que le retentissement d'affaires comme celle de l'amiante va suffire à imposer une ambiance de transparence accrue. Il ne faut pas non plus méconnaître que parmi les facteurs de sous-déclaration et/ou de sous-reconnaissance persistent quelques causes relevant du domaine réglementaire, particulièrement dans le cas de pathologies aussi socialement sensibles que les troubles musculo-squelettiques, les cancers ou les troubles psychiques et psycho-sociaux ; malgré le caractère évidemment complexe des problématiques mises en jeu, il y a là un champ d'action manifeste pour la puissance publique. » ⁽¹⁾

Celui-ci évalue le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles à une fourchette située, a minima, entre 355 et 750 millions d'euros (hors indemnités journalières en ce qui concerne les maladies).

Le tableau ci-après présente l'évolution de ce versement depuis 1997.

***Versement de la branche AT-MP
à la branche maladie du régime général***

(en millions d'euros)

Objet	Année	Montant
Maladies professionnelles	1997	137,20
	1998	138,71
	1999	140,38
	2000	141,02
	2001	144,06
Maladies professionnelles + accidents du travail	2002	299,62
	2003	330,00
	2004	330,00
	2005	330,00
	2006	330,00

Source : ministère des affaires sociales.

Le présent article propose de porter le montant du versement de la branche AT-AMP à la branche maladie à 410 millions d'euros, soit un taux de progression significatif de 24,2 % par rapport à 2006.

Cette progression sensible, après plusieurs années de stabilité, du montant du reversement à la branche maladie a suscité de vives réserves de la part de

(1) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale présidée par M. Noël Diricq – juin 2005.

M. Franck Gambelli, président de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il a fait remarquer au rapporteur que ce prélèvement sur la branche était mal perçu par les partenaires sociaux qui ont d'ailleurs fait figurer dans le protocole d'accord sur la gouvernance de la branche AT-MP, signé le 28 février 2006, une disposition demandant à ce que des critères objectifs soient définis par la commission AT/MP, elle-même, pour garantir une plus grande transparence des sommes prélevées sur la branche au profit de la branche maladie (article 6 de l'accord).

Article 62

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2007

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail pour 2007 à 11,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à 10,2 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

L'article 7 de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a inséré, après l'article LO 111-7 du code de la sécurité sociale, un article LO 111-7-1 qui dispose que « *dans la partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, ... chaque objectif de dépenses par branche, décomposé le cas échéant en sous-objectifs, fait l'objet d'un vote unique portant tant sur l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que sur le régime général* ».

Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, la construction de cet objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour 2007 se déroule en trois étapes :

– les comptes prévisionnels 2007 des branches AT-MP des différents régimes sont totalisés (régime général, régimes agricoles, régimes spéciaux, Fonds commun des accidents du travail – FCAT –, Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante – FCAATA) ;

– les transferts internes à la branche sont neutralisés : il s'agit principalement du versement de compensation du régime général vers le régime des salariés agricoles (110,2 millions d'euros) et le régime des mines (450 millions d'euros), de la contribution du régime général au FCAT (54,5 millions d'euros), et de la contribution des régimes agricoles au FCAATA (81 millions d'euros) ;

– les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes sont enfin présentés en montants nets, qui s'écartent des montants comptables de charges et de produits, afin de donner un sens économique aux agrégats.

Pour mémoire, le FCAT et le FCAATA sont des organismes dont la population est en extinction, qui sont chargés de verser des majorations de rentes AT-MP attribuées avant la mise en place des régimes AT-MP actuels.

Par ailleurs, la neutralisation consiste, pour chaque transfert interne au champ d'agrégation, à déduire son montant des dépenses du régime qui le verse et symétriquement à le déduire des produits du régime qui le reçoit. Cette neutralisation est nécessaire pour éviter que certains montants de dépenses ou de recettes ne soient comptabilisés deux fois.

Construction de l'objectif de dépenses de la branche AT-MP

(en milliards d'euros)

Dépenses AT-MP de l'ensemble des régimes	12,6	dont 10,4 pour le régime général
Neutralisation des transferts internes à la branche AT-MP	- 0,7	
Sommes déduites pour le calcul des charges nettes	- 0,5	dont - 0,33 de reprises sur provisions pour prestations, - 0,11 de dotations aux provisions et pertes sur actifs circulants, - 0,02 de produits de gestion courante
Objectif de dépenses de la branche	11,4	

Source : ministère de la santé, direction de la sécurité sociale

Pour le régime général, la construction de l'objectif de dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles pour 2007 est identique, à l'exception de la neutralisation des transferts internes qui n'ont bien sûr plus lieu d'être.

ANNEXES

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – M. Noël Renaudin, président
- **Haute autorité de santé (HAS)** – M. Laurent Degos, président, et M. François Romaneix, directeur
- **Mutualité française** – M. Daniel Lenoir, directeur général, et M. Vincent Figureau, responsable du département relations extérieures
- **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – M. Dinorino Cabrera, président
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. Gérard Vincent, délégué général, et M. Yves Gaubert, responsable des finances
- **Les Entreprises du médicament (LEEM)** – M. Christian Lajoux, président, M. Bernard Lemoine, vice-président délégué, M. Claude Bougé, directeur général adjoint, et Mme Aline Bessis Marais, directeur en charge des affaires publiques
- **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)** – M. Bertrand Fragonard, président, et M. Pierre-Jean Lancry, secrétaire général
- **Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA)** – Mme Marianne Lévy-Rosenwald, présidente du conseil de surveillance
- **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** – M. Roger Beauvois, président, et M. Eric Pardinelle, directeur
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)** – M. Ken Danis, président, et M. Loïc Geffroy, délégué général
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)**
M. Michel Chassang, président
- **Syndicat des médecins généralistes (MG France)** – M. Pierre Costes, président

- **Fédération des médecins de France (FMF)** – M. Jean-Claude Régi, président
- **Régime social des indépendants (RSI)** – M. Gérard Quevillon, président, M. Liger, directeur général, et M. Philippe Ulmann, directeur de la politique de santé
- **Union nationale des cliniques psychiatriques (UNCP)** – M. Jacques Gayral, président
- **Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire (UNOCAM)** – M. Jean-Michel Laxalt, président, et M. Emmanuel Luigi, secrétaire général administratif
- **Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM)** – M. Michel Regereau, président, et M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général
- **Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Franck Gambelli, président, M. André Hoguet, vice-président, et M. Gilles Evrard, directeur des risques professionnels
- **Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)** – M. Gérard de la Martinière, président, M. Jean-Marc Boyer, délégué général, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire
- **Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU)** – Michel Thierry président du conseil d'administration, et M. Jean-François Chadelat, directeur
- **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)** – M. Yves Humez, directeur général, M. Christian Fer, directeur des affaires juridiques et institutionnelles, M. Jacques Portier, directeur de la santé, et M. Pierre Jean Lancry, nouveau directeur de la santé
- **Confédération des praticiens des hôpitaux (CPH)** – M. Bruno Devergie, vice-président, M. Patrick Pelloux, vice-président, et Mme Anne-Laure Simonnot
- **Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH)** – Mme Rachel Bocher, présidente, et Mme Geneviève Glikmanas, responsable des praticiens exerçant à temps partiel
- **Intersyndicale nationale des praticiens à diplôme hors union européenne (INPADHUE)** – M. Talal Annani, président

ANNEXE 2

CONCLUSIONS DE L'INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS) SUR LA PRISE EN CHARGE DES MÉDICAMENTS DANS LES MAISONS DE RETRAITE MÉDICALISÉES

FICHE SUR LES ÉLÉMENTS D'UNE CONVENTION ENTRE OFFICINE ET EHPAD

Afin de légaliser, d'améliorer et d'harmoniser les conditions de l'intervention des pharmaciens d'officine au sein des EHPAD, le groupe de travail propose que celles-ci soient définies par une convention signée entre l'établissement et l'officine qu'il aura choisie après mise en concurrence pour approvisionner et dispenser les médicaments de ses résidents.

Le principe de cette convention sera inscrit dans le code de la santé publique par voie législative. Il sera prévu une convention type, dont le contenu sera défini par voie réglementaire. Ses principaux éléments tels que définis par le groupe de travail sont les suivants :

➤ **Organisation de la coordination entre l'établissement et le pharmacien :**

- respect de la liberté de jugement du pharmacien dans l'exercice de ses fonctions ;
- facilitation, dans l'intérêt du patient hébergé, des relations entre le pharmacien signataire et le personnel médical ; mise en place d'un système de communications personnalisées pour un meilleur suivi des résidents ;
- participation du pharmacien aux réunions consacrées à la prescription et à son évaluation ;
- transmission au pharmacien, en accord avec le médecin coordonnateur et les médecins prescripteurs, et dans l'intérêt du patient sur sa stricte autorisation, des éléments du dossier médical nécessaire à l'exercice de son rôle ;
- définition par le personnel soignant, sous l'autorité du médecin coordonnateur, d'une procédure d'urgence (notion de gravité, de délais d'approvisionnement) soumise au pharmacien d'officine pour accord ;
- signalement au pharmacien des modifications dans la liste des résidents (entrées et sorties) et transmission, en cas de compte débiteur d'un patient, de tous les éléments lui permettant de recouvrer sa créance ;
- reconnaissance au pharmacien d'officine de la qualité d'intervenant telle que définie dans le volet « prescription médicamenteuse, du bon usage des médicaments » dans les recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD (DGAS-DGS 2004) ;
- choix de systèmes informatiques compatibles entre l'établissement et l'officine.

➤ **Organisation de la coordination entre le pharmacien et l'équipe soignante de l'établissement**

- contact individualisé avec le malade : visite du pharmacien d'officine au résident notamment lors d'une première dispensation et éventuellement en cas de substitution d'un générique ;
- suivi concerté de l'état de santé des résidents bénéficiant de traitements délivrés par le pharmacien ainsi que de l'observance ;
- participation du pharmacien à l'élaboration en DCI de la liste par classe des médicaments à utiliser préférentiellement (cette liste devrait être révisée au minimum une fois par an) ainsi qu'à l'élaboration de la liste des médicaments pour soins urgents et à leur gestion ;

- contribution du pharmacien à la bonne adaptation qualitative et quantitative du traitement aux besoins thérapeutiques du malade ;
- participation à l'élaboration du circuit du médicament et à son éventuelle informatisation ;
- participation au contrôle du stock par patient et au contrôle des produits de santé périmés ;
- récupération des produits de santé non utilisés ;
- suivi des alertes, des retraits de lots et des décisions de vigilance ;
- participation à la lutte contre la iatrogénie, notamment par l'utilisation d'un logiciel d'aide à la dispensation, la formation du personnel et la remise de documentation ;
- définition avec le médecin coordonnateur de la notion d'urgence pour la permanence des prestations pharmaceutiques.

➤ **Tenue d'un dossier pharmacothérapeutique pour chaque résident**

- identification de l'établissement ;
- identification du patient, y compris âge, sexe et, si nécessaire médicalement, clairance de la créatinine ;
- historique de six mois minimum des délivrances de produits de santé ;
- tout élément physiologique significatif ;
- toute information significative et jugée utile par le médecin coordonnateur ;
- situations particulières (analyse de la prescription, historique médicamenteux) ;
- incidents éventuels constatés dans le suivi des traitements ;
- accès sécurisé aux données nécessaires du DMP ;
- contacts avec le médecin traitant et éventuels ajustements de traitement.

➤ **Remise d'une fiche d'accompagnement thérapeutique**

- destinée à la bonne compréhension et à l'observance du traitement soit directement au résident soit à l'équipe soignante ;
- s'agissant des médicaments : posologie, durée de traitement, précautions d'emploi, informations nécessaires au bon usage du médicament délivré et en particulier en cas de prescription en DCI ou de substitution, éventuelles précautions à prendre, ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du patient ;
- s'agissant des dispositifs médicaux : durée de traitement, conditions d'utilisation et caractéristiques du produit, modalités d'entretien, précautions particulières à prendre.

➤ **Permanence des prestations pharmaceutiques**

- indication du remplaçant pendant les périodes de congés ;
- communication du tableau des pharmacies de garde ;
- livraison immédiate (-dans un délai à fixer entre les parties) en cas d'urgence et sinon dans les 24h ;
- procédure spécifique en cas de modification de traitement.

➤ **Suivi de la consommation de produits de santé par les patients**

- mensuelle, trimestrielle et annuelle ;
- communication des consommations individuelles aux seuls médecins (coordonnateur et prescripteur concerné) mais communication de la consommation collective élargie.

➤ **Bonne adaptation du coût des produits délivrés**

- génériques ;
- dispositifs médicaux et prestations associées remboursables les moins onéreux parmi ceux adaptés aux besoins du patient.

➤ **Non facturation des prestations servies en officine à des résidents lorsque le médicament et les dispositifs médicaux sont intégrés dans le forfait de soins de l'établissement**

➤ **Préparation des doses à administrer**

- sur prescription médicale exclusivement ;
- dans le respect de l'autonomie des personnes ;
- dans des conditions permettant d'assurer la qualité et la traçabilité (lieux et personnel notamment) : préparation dans l'EHPAD par du personnel de l'établissement, ou par un pharmacien d'officine (titulaire ou adjoint) - cf. fiche sur la dispensation et l'administration des médicaments.

➤ **Durée de la convention**

- 1 an renouvelable

➤ **Remise sur les prix**

- plafonnée et partagée entre l'EHPAD et l'assurance maladie – cf. fiche sur l'approvisionnement.