

## **Chapitre V**

### **Les suites données à certaines recommandations précédentes de la Cour**

---

**PRESENTATION**

---

*La Cour a décidé de renouer avec une pratique qui l'avait conduite à consacrer, dans ses rapports sur la sécurité sociale publiés de 1997 à 2001, un chapitre de la première partie de son rapport annuel sur la sécurité sociale aux suites données aux recommandations qu'elle avait antérieurement formulées. Ce chapitre est consacré cette année aux suites données aux recommandations du rapport 2002 sur le médicament à l'hôpital et aux recommandations du rapport 2004 sur les affections de longue durée, la liste des produits et prestations remboursables, les transports sanitaires, ainsi que et les indemnités journalières.*

---

## **I - La réforme de la rétrocession**

Les médicaments rétrocedés sont des médicaments vendus par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés. La rétrocession consiste donc à faire sortir en ville des médicaments dont l'hôpital a le monopole de la distribution (ces médicaments sont identifiés sous le terme de réserve hospitalière). Achetés par les hôpitaux, ces médicaments leur sont remboursés au titre des soins de ville et n'ont donc pas d'impact sur les dépenses hospitalières.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de 2002, la Cour avait montré que la rétrocession constitue un moyen de détourner les règles de fixation des prix des médicaments. Elle recommandait donc de « limiter strictement la réserve hospitalière et le nombre de médicaments concernés ainsi que la rétrocession qui en découle ». Elle observait également que cette pratique n'était pas conforme au droit : la loi du 8 décembre 1992 interdisait la rétrocession, tout en prévoyant la possibilité de déroger à ce principe par un décret en Conseil d'Etat qui n'avait toujours pas été pris.

Ce décret a enfin été pris le 15 juin 2004. Il a été suivi six mois plus tard par un arrêté établissant la première liste de médicaments « rétrocedables », liste remaniée en juillet 2005.

La Cour a entrepris de vérifier les conditions dans lesquelles cette régularisation juridique a permis de répondre à sa recommandation.

### **A – Ampleur et inconvénients de la rétrocession**

#### **1 – Une pratique importante**

La rétrocession de médicaments par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés n'a débuté qu'à la fin des années 80 avec la

libération des prix des médicaments à l'hôpital en 1987. Le phénomène a pris de l'ampleur au fil des ans et s'est accéléré au début des années 2000. Les rétrocessions sont ainsi passées de 660 M€ en 2000 à 1,4Md€ en 2004 pour le seul régime général d'assurance maladie<sup>102</sup>.

Cette vive évolution s'est traduite par une part croissante des rétrocessions dans les remboursements de médicaments en ville : 5,3% en 2000, 8,7% en 2004. Cette même année, les rétrocessions représentaient 45% des achats hospitaliers de médicaments tous régimes confondus et 32 % pour le seul régime général.

Cette progression s'est longtemps faite dans l'illégalité. L'absence pendant 12 ans du décret fixant la liste des médicaments pouvant être rétrocédés a conduit le Conseil d'Etat à annuler plusieurs circulaires successives prévoyant la rétrocession de médicaments, jusqu'à ce que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 41) légalise, jusqu'à la publication de la liste, la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments rétrocédés.

La mise en œuvre progressive du décret du 15 juin 2004 sur la rétrocession a conduit à inverser la tendance : en 2005, les rétrocessions se sont réduites de 229 M€ (régime général seul). Cependant, la rétrocession reste encore deux fois supérieure à son niveau de 2000 et demeure très importante.

## **2 – Un détournement de la réserve hospitalière**

Les médicaments inscrits en réserve hospitalière ne peuvent en principe être prescrits et délivrés qu'à l'hôpital. Or, la rétrocession consiste précisément à faire sortir ces médicaments de l'hôpital : en l'absence du décret prévu par la loi, c'est le classement en réserve hospitalière qui ouvrait la possibilité de rétrocéder.

En outre, une réserve hospitalière de fait s'est développée à partir de la fin des années 80 en raison de la convergence de deux intérêts : celui des hôpitaux de transférer sur l'enveloppe des soins de ville des médicaments innovants et très coûteux <sup>103</sup> et celui des firmes pharmaceutiques qui obtenaient ainsi de vendre ces médicaments à prix

---

102. Tous régimes confondus, les rétrocessions seraient de l'ordre de 1,7 Md€ en 2004.

103. Des cas de délivrance de médicaments en rétrocession à des malades hospitalisés, des rétrocessions intervenant la veille ou le jour d'une admission à l'hôpital ou encore des cas de rétrocession concernant des patients provenant d'établissements privés ont été observés par les chambres régionales des comptes.

libres sur le marché de ville normalement soumis à des prix administrés<sup>104</sup>.

L'influence de l'industrie pharmaceutique sur le classement des médicaments peut expliquer l'extension rapide de la réserve hospitalière. Des représentants de l'industrie ont parfois participé au groupe de travail de l'AFSSAPS sur les « conditions de prescription et de délivrance » qui propose à la commission d'autorisation de mise sur le marché (AMM) un éventuel classement des médicaments en réserve hospitalière. L'industrie a pu ainsi se retrouver à la fois juge et partie. Par ailleurs, il n'est pas prévu par la loi d'imposer aux firmes de demander l'admission de leurs médicaments en ville si elles trouvent plus rentable de négocier avec les hôpitaux des prix qui s'appliqueront ensuite en ville.

Les critères de santé publique n'expliquent pas l'ampleur de la réserve hospitalière en France puisque des pays voisins, tels que l'Allemagne et la Grande-Bretagne, ne connaissent pas ce dispositif. Dans ces deux pays, tout médicament, une fois autorisé, peut être prescrit par tout médecin et délivré par toute pharmacie, en ville ou à l'hôpital.

### **3 – L'effet inflationniste de la rétrocession**

Le coût des médicaments rétrocedés n'est pas inclus dans les dépenses des établissements. Leur prise en charge à 100 % par l'assurance maladie sur l'enveloppe des soins de ville, sur la base de leur prix d'achat majoré d'une marge de 15 % restant acquise à l'établissement, n'incitait pas les hôpitaux à négocier fermement avec les fournisseurs des médicaments fortement rétrocedés. Comme l'a indiqué le conseil de la concurrence dans un avis du 28 juin 2004, « l'absence de contrainte budgétaire imposée aux hôpitaux pour les médicaments rétrocedés induit le risque de subventions croisées entre médicaments rétrocedés et non rétrocedés, aux dépens de l'assurance maladie : pour obtenir des prix modérés sur les médicaments délivrés aux patients hospitalisés et financés sur sa dotation globale, un établissement peut être incité à accepter des prix élevés pour les médicaments qu'il rétrocede aux patients ambulatoires, car ces médicaments rétrocedés lui seront, in fine, payés par l'assurance maladie ».

---

104. Les prix des médicaments vendus en officine sont fixés par le comité économique des produits de santé (CEPS) après évaluation du niveau du service médical rendu (SMR) et de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) par la commission de la transparence. Quand l'inscription d'un médicament sur la liste des médicaments remboursables n'est pas demandée par le laboratoire, il reste dans la réserve hospitalière de fait avec des prix libres (depuis 1987). S'il est rétrocedé, il est imputé aux dépenses de soins de ville au prix négocié par l'hôpital, lequel a peu de capacité de négociation quand il s'agit de médicaments innovants et sans concurrent.

La déresponsabilisation des établissements est aggravée par l'existence de la marge proportionnelle au prix d'achat. Plus le prix payé au laboratoire par l'établissement est élevé, plus la marge perçue par l'hôpital est importante. D'après le conseil de la concurrence, le coût pour l'assurance maladie du financement de cette marge a dépassé 100 M€ en 2001.

Par ailleurs, lorsqu'un laboratoire décide de demander l'admission d'un médicament au remboursement en ville, le prix pratiqué en rétrocession servira souvent de référence, au risque de peser sur le niveau final du prix négocié avec le CEPS.

Enfin, le surcoût résulte aussi du taux de prise en charge à 100 % des médicaments rétrocedés (lequel n'a longtemps reposé sur aucune base réglementaire).

Il faut y ajouter des complexités de gestion pour l'assurance maladie contrainte de rembourser un même médicament à des tarifs différents selon l'hôpital qui l'a dispensé. La possibilité de rétroceder des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation -ATU- (n'ayant pas d'AMM et dont le prix est fixé par le seul industriel) complique également le dispositif.

## **B – Mise en œuvre et limites de la réforme de la rétrocession**

Le décret du 15 juin 2004 ne répond pas à toutes les préconisations faites par la Cour en 2002.

### **1 – Les nouvelles dispositions : la liste de rétrocession**

Le décret poursuivait deux objectifs : un objectif sanitaire consistant à faciliter un accès rapide des patients aux médicaments et un objectif financier de réduction de la dépense imputable à la rétrocession. Il définit pour cela des catégories de prescription et crée une liste positive de rétrocession.

Les catégories de prescription des médicaments sont modifiées, la réserve hospitalière est limitée aux médicaments administrés à l'hôpital (qui ne peuvent donc plus être rétrocedés) et une catégorie de « prescription hospitalière » est créée permettant une délivrance à

l'hôpital ou directement en ville. Les médicaments appartenant aux quatre dernières catégories mentionnées (*b* à *e*) peuvent être rétrocedés<sup>105</sup>.

Le décret prévoit que seuls les médicaments inscrits sur la liste établie par arrêté pourront être rétrocedés par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés.

A l'exception de quatre types de produits inscrits d'office sur la liste<sup>106</sup>, l'inscription des médicaments sur la liste de rétrocession doit être justifiée par des raisons tenant à :

- des contraintes de distribution, de dispensation ou d'administration ;
- la sécurité de l'approvisionnement ;
- la nécessité d'effectuer un suivi de leur prescription ou de leur délivrance.

Ces critères ne sont pas très explicites et leur mise en œuvre ne s'appuie sur aucune évaluation collective scientifique permettant de contrebalancer la forte pression exercée par les industriels en faveur de la rétrocession de leurs médicaments. Cela conduit à donner une large délégation au groupe de travail, composé de la DGS, de la DSS et de la DHOS, chargé de statuer sur les demandes d'inscription sur la liste de rétrocession.

La constitution de la liste de rétrocession a été lente, ce qui suggère qu'aucun travail préparatoire n'avait été effectué avant la parution du décret. Une première liste a été fixée par un arrêté du 17 décembre 2004. Elle a été étendue par une seconde liste, publiée le 6 septembre 2005, comprenant 183 molécules et 678 présentations, soit environ 250

---

105. « Art. R. 5143-5-1 - L'autorisation de mise sur le marché, l'autorisation temporaire d'utilisation ou l'autorisation d'importation d'un médicament peut classer celui-ci dans une des catégories de médicaments soumis à prescription restreinte suivantes :

- a) Médicament réservé à l'usage hospitalier ;
- b) Médicament à prescription hospitalière ;
- c) Médicament à prescription initiale hospitalière ;
- d) Médicament à prescription réservée à certains médecins spécialistes ;
- e) Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. (...) ».

106. Les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) dite "nominative" et non classés en RH ; certaines préparations magistrales ; certaines préparations hospitalières et certains médicaments importés (hors importations parallèles et non classés en RH).

présentations de plus que la première liste<sup>107</sup>. Cette liste n'est cependant pas exhaustive et d'autres molécules sont rétrocédées sans y figurer.

## 2 – Les textes ne sont toujours pas appliqués

### a) *La persistance d'une rétrocession hors liste*

En attendant la publication de la liste de rétrocession, des décisions ministérielles ont organisé un dispositif transitoire afin de garantir aux patients la continuité des soins. Mais la rétrocession de médicaments hors liste est toujours en cours en 2006, alors même que la liste a été publiée. Ces médicaments rétrocédables hors liste relèvent de plusieurs catégories : ils sont en attente d'inscription sur la liste ou bien ils visent des affections particulières (douleur chronique rebelle, soins palliatifs et maladies métaboliques héréditaires) ou encore ils étaient déjà rétrocédés. Selon les cas, des dates butoir ont été ou non fixées, prorogées ou non.

En outre, le relevé du groupe de travail précité daté du 12 octobre 2005, chargé de l'inscription sur la liste de rétrocession, indique que quatre catégories de médicaments doivent continuer à être rétrocédées après le 30 octobre 2005 : outre celles, déjà mentionnées, concernant la douleur et les soins palliatifs ainsi que les maladies métaboliques, deux nouvelles catégories apparaissent qui renforcent le constat :

- les « produits à prescription médicale facultative (PMF) utilisés dans le cadre de la nutrition parentérale » : lors d'une précédente réunion du groupe de travail (29 juin 2005), il avait pourtant été indiqué que les spécialités PMF ne pouvaient être inscrites sur la liste rétrocession.
- les « médicaments de réserve hospitalière utilisés hors AMM sous la responsabilité des prescripteurs dans les maladies rares et graves » : cette dernière catégorie remettrait en cause le principe du décret de 2004 selon lequel les médicaments de la réserve hospitalière ne peuvent désormais être rétrocédés.

Ainsi, l'établissement d'une liste limitative de médicaments rétrocédables a été vidé de son sens. Les médicaments rétrocédés avant le décret de 2004 peuvent continuer à l'être sans être inscrits sur la liste de rétrocession. Quant aux médicaments qui n'étaient pas rétrocédés avant

---

107. Les molécules se répartissent de la manière suivante : 3 EPO, 33 médicaments dérivés du sang et analogues recombinants (dont facteurs de coagulation), 24 antirétroviraux (sida), 10 médicaments pour les hépatites B ou C, 7 antibiotiques, 4 antifongiques, 57 anticancéreux injectables, 34 « autres médicaments » (dont certains médicaments orphelins) et 11 médicaments bénéficiant d'une ATU de cohorte.

2004 et qui ne sont pas inscrits sur cette liste, ils peuvent être néanmoins rétrocedés dès lors qu'une demande d'inscription a été déposée sur l'une des deux listes mentionnées plus haut (liste de rétrocession ou liste de remboursement) ou s'ils ont une ATU nominative.

*b) L'absence de codage des médicaments rétrocedés*

En l'état actuel du droit, il n'existe pas d'obligation pour les établissements de santé de mentionner le code des médicaments rétrocedés sur les factures qu'ils adressent à l'assurance maladie. Celle-ci ne connaît donc pas les médicaments qu'elle rembourse et ne peut pas distinguer les parts respectives des médicaments rétrocedés inscrits sur la liste de ceux qui n'y figurent pas. Elle intervient en payeur aveugle et aucun contrôle ne peut être mis en œuvre par les caisses.

Un code UCD ayant déjà été retenu pour mettre en œuvre le codage des médicaments hospitaliers en général<sup>108</sup>, dont celui des médicaments rétrocedés, il convient de s'interroger sur les délais de réalisation nécessaires à sa mise en œuvre. Le remboursement aux établissements des médicaments rétrocedés devrait être subordonné à la production du code UCD.

*c) L'absence d'arrêté sur la marge de rétrocession*

A la suite des observations de la Cour dénonçant l'imprécision de la base juridique de la marge des médicaments rétrocedés, une lettre ministérielle du 4 décembre 2002 a fixé la marge à 15 % du prix d'achat de ces médicaments.

Pendant, en raison du caractère inflationniste d'une marge proportionnelle au prix d'achat, le principe d'une marge forfaitaire, indépendante du niveau de prix, a finalement été retenu par le ministère. Le niveau de cette marge forfaitaire (entre 23 € et 30 €) fait néanmoins l'objet, depuis janvier 2006, d'une demande d'arbitrage au cabinet du ministre chargé de la santé. Dans l'attente d'une mission de l'IGAS sollicitée pour établir précisément le niveau du coût de gestion de la rétrocession pour les pharmacies hospitalières, le niveau de marge retenu sera limité à l'année 2006.

En attendant, la marge proportionnelle continue de s'appliquer et l'absence d'arrêté sur la marge de rétrocession est avancée pour justifier les retards dans la mise en place du codage des médicaments rétrocedés.

---

108. Cf. le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2002, p. 368.

## **C – Une économie encore limitée pour l’enveloppe des soins de ville de l’assurance maladie**

### **1 – Le dispositif de régulation du prix des médicaments rétrocedés**

Sans attendre le décret du 15 juin 2004, la LFSS pour 2004 et un accord entre l’Etat et l’industrie pharmaceutique du 30 mars 2004 ont modifié le régime juridique de fixation des prix de cession des médicaments rétrocedés.

La loi a mis en place un dispositif de déclaration des prix qui ne relève pas du système conventionnel d’administration des prix applicable aux médicaments délivrés en ville. Un accord cadre du 30 mars 2004 entre le CEPS et le LEEM a précisé la procédure, les conditions de déclaration de prix des laboratoires, les critères d’opposition du CEPS, les conditions de révision des prix et les engagements devant être pris par les entreprises. Il s’agit d’une procédure ad hoc qui ne relève ni du droit commun de la fixation des prix, ni du système de dépôt de prix.

Dès la publication du décret du 15 juin 2004 et sans attendre la publication de la liste de rétrocession (par arrêté du 17 décembre 2004), le CEPS a reçu des déclarations de prix émanant des laboratoires concernés par la rétrocession, conformément à l’accord-cadre précité.

Un avis du CEPS a été publié dès le 24 décembre 2004 sur le prix de 80 médicaments rétrocedés, correspondant à 236 lignes de produits et comprenant une sous liste de prix déclarés par les laboratoires et acceptés par le CEPS (47 spécialités réparties sur 125 lignes de produits) et une sous liste de prix décidés par le CEPS après opposition au prix déclaré ou en l’absence de déclaration par l’entreprise (33 spécialités, réparties sur 111 lignes de produits). En réalité, dans ce dernier cas figurent 15 médicaments en double dispensation ville-hôpital (concernant le sida et les hépatites), qui disposent déjà d’un prix conventionnel en ville. Hormis ces derniers médicaments, seules 18 spécialités ont fait l’objet d’un prix fixé par le CEPS.

Deux raisons, parfois cumulatives, ont justifié l’opposition du CEPS aux prix demandés dans environ la moitié des cas : un prix nettement plus cher qu’à l’étranger, un prix hors marge nettement plus élevé que ceux obtenus par les hôpitaux pour leur propre consommation, ou que ceux pratiqués l’année précédant la demande.

Pour les médicaments en double dispensation (sida et hépatites), le CEPS fixe un prix identique pour la rétrocession et pour la ville.

Dans la mesure où le prix des médicaments rétrocédés constitue un tarif limite de remboursement par l'assurance maladie (tarif forfaitaire de responsabilité), certains hôpitaux qui achètent un peu moins cher que le prix de rétrocession font un bénéfice. D'autres ne se font pas rembourser totalement par l'assurance maladie et subissent alors une perte. En effet, depuis la création de la liste des médicaments non inclus dans les tarifs hospitaliers<sup>109</sup> et donc pris en charge en sus des dépenses d'hospitalisation, les hôpitaux ne sont plus incités à demander des rabais sur le prix des médicaments qu'ils achètent, y compris pour ceux administrés en leur sein. Cependant, la prise en charge à 100 % de ces médicaments par l'assurance maladie étant désormais subordonnée au respect par l'hôpital de certaines conditions de bon usage (art. L. 162-22-7), celui-ci risque de garder à sa charge une fraction du prix des médicaments.

## 2 – Les économies dues à la réforme de la rétrocession

Selon le CEPS, le nouveau système de déclaration de prix des médicaments rétrocédés a eu pour effet de maîtriser les prix, voire dans de nombreux cas de les diminuer : ainsi pour des médicaments dérivés du sang, certaines érythropoïétines et des médicaments destinés au traitement de maladies métaboliques héréditaires. L'économie serait de plus 200 M€ dont plus de 60 M€ pour les seules EPO (érythropoïétines). Elle correspond à la différence entre le prix payé à l'hôpital et le prix fixé par le CEPS, multipliée par le volume vendu en 2004.

Néanmoins, les prix acceptés ou fixés dans le cadre de la rétrocession demeurent légèrement plus élevés, selon le CEPS, que les prix fixés dans le cadre de l'admission au remboursement en ville.

L'estimation de l'économie induite par cette nouvelle régulation est en réalité difficile à apprécier. Le cadre réglementaire est récent et le dispositif de régulation n'a été prévu que par la LFSS pour 2006<sup>110</sup>.

Par ailleurs, des médicaments, jusque là uniquement disponibles à l'hôpital et rétrocédés, sont maintenant sortis de la réserve hospitalière et disponibles en officine. Les sorties complètes de la réserve hospitalière ont représenté 396 M€ remboursés en 2005 (régime général). D'autres médicaments (antirétroviraux, médicaments des hépatites virales, érythropoïétines) bénéficient d'un double circuit de dispensation et peuvent être obtenus, selon le choix du malade, auprès d'une pharmacie

---

109. Voir chapitre VI, IV, A, 1.

110. L'article 21 de la LFSS pour 2006 étend aux médicaments rétrocédés la clause de sauvegarde prévue à l'article L. 138-10 du CSS (contribution due en cas de non respect par les laboratoires pharmaceutiques conventionnés de l'objectif de croissance du chiffre d'affaires fixé par la LFSS).

hospitalière ou d'une officine de ville. La répartition des remboursements correspondants sur ces deux postes de dépenses, dont l'un n'est pas codé, n'est de ce fait pas connue. On connaît uniquement les montants remboursés correspondant aux délivrances officinales : en 2005, antirétroviraux, traitement des hépatites et érythropoïétines ont représenté 530 M€ (estimation régime général).

Certes, les rétrocessions ont diminué en 2005. Mais, avec un montant de 1,22 Md€ pour le régime général en 2005 (1,7 Md€ tous régimes), elles demeurent encore plus importantes que les transferts décidés entre les dépenses hospitalières et l'enveloppe de soins de ville (sorties en ville et double circuit de dispensation), d'un montant total de 926 M€ de dépenses du régime général (1,3 Md€ tous régimes).

---

### **SYNTHESE**

---

*La réforme de la rétrocession mise en place par le décret de 2004 est insuffisante. Force est de constater que la volonté de la mettre pleinement en œuvre n'existe pas.*

*L'objectif de régulation financière est faiblement réalisé du fait de l'existence d'une rétrocession hors liste. L'argument selon lequel l'existence d'une liste de médicaments rétrocedés est justifiée par les délais des procédures d'évaluation et de négociation des prix des médicaments en ville n'est pas convaincant, compte tenu de l'exemple des pays voisins. La manière la plus simple de mettre rapidement les médicaments à la disposition des patients non hospitalisés est de les distribuer en même temps en ville et à l'hôpital, dès lors qu'ils ont reçu leur AMM.*

*Les complexités administratives générées par un dispositif qui exige de nombreuses décisions successives sont coûteuses pour l'Etat et ne sont pas justifiées par l'intérêt général.*

*La catégorie des médicaments dispensés à l'hôpital pour être administrés en ville n'a, dès lors, plus lieu d'être.*

---

### **RECOMMANDATIONS**

---

18. *Supprimer la catégorie des médicaments rétrocedés*

19. *Dans l'attente de cette réforme, appliquer pleinement le décret du 15 juin 2004.*

---

## II - La maîtrise de certains postes de dépenses en forte croissance

### Evolution des quatre postes pour le régime général

En M€

	Evolution 2000/2003 par an	2 003	2 004	2 005	Evolution 2003/2004	Evolution 2004/2005
ALD (affections de longue durée)*	10,25 %	17 009	19 023	20 438	11,8%	7,4%
LPPR (liste des prestations et produits remboursables)**	10,50 %	3 311	3 633	3 340	9,70%	-8,10%
Transports de malades	8 %	1 782	1 923	2 054	7,9%	6,8%
IJ (indemnités journalières)	8 %	7 434	7 410	7 289	-0,3%	-1,6%
Soins de ville (régime général)	6,25 %	47 838	49 781	51 073	4,1%	2,6%
ONDAM (régime général)	5,25 %	101 706	106 257	110 787	4,5%	4,3%

\*Soins de ville seuls hors IJ servis aux assurés sociaux en ALD.

\*\*Le périmètre de la LPPR a souvent changé ces dernières années, en particulier entre 2004 et 2005 à la suite de l'intégration d'une partie des produits remboursables dans les dépenses des cliniques. A périmètre constant, le taux d'évolution est de +8,3 %.

Source : CNAMTS (chiffres en date de remboursement).

Ces quatre postes de dépenses ont tous connu entre 2000 et 2003 une forte croissance variant entre 8 % et 10 % par an. En 2004 (le phénomène a été confirmé en 2005) leur évolution a été plus contrastée : équivalente à celle des années antérieures pour la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et les transports sanitaires, elle s'est inversée pour les indemnités journalières d'assurance maladie (IJ), les dépenses à ce titre diminuant en pourcentage et en valeur absolue depuis 2004.

Les dépenses relatives aux ALD se sont certes ralenties mais elles restent le poste de dépenses le plus important et leur poids dans les soins de ville s'est même accru de près de cinq points entre 2003 et 2005 en passant de 35,6 % à 40 %.

## **A – Les affections de longue durée**

L'enquête menée en 2004 préconisait de mettre en place un système de codage des ALD et d'actualiser les référentiels médicaux afin de mieux maîtriser ce poste de dépenses.

### **1 – Un poste de dépenses toujours croissant**

Fin 2004, 6,6 millions d'assurés du régime général étaient pris en charge au titre des ALD. Tous régimes confondus, près de 8 millions de personnes sont atteintes d'une affection de longue durée, soit 13 % de la population totale. Toutes les informations disponibles laissent augurer une poursuite de cette tendance au cours de prochaines années en raison de la croissance de la population (+27,5 % pour les plus de 65 ans entre 1990 et 2005) et de l'accroissement de l'espérance de vie des patients atteints d'une ALD. Alors que l'âge moyen d'entrée en ALD n'a augmenté que de deux ans entre 1990 (58 ans) et 2004 (60 ans), l'âge moyen de décès d'une personne en ALD est passé de 71 ans en 1990 à 75 ans en 2004. D'autres phénomènes contribuent à cette croissance tels que l'augmentation pendant la même période des pathologies graves (+84 % de personnes en ALD pour cancer, +83 % de personnes en ALD pour diabète), la révision des critères médicaux de prise en charge des ALD<sup>111</sup>) ou la création en 2000 de la majoration pour maintien à domicile.

### **2 – Des coûts mieux connus**

Les ALD et leur coût sont maintenant mieux identifiés depuis que l'échantillon EPAS<sup>112</sup> a été, après avis de la CNIL du 25 novembre 2004, médicalisé, c'est-à-dire enrichi des codes permettant d'identifier les 30 ALD reconnues. Il est dès lors possible non seulement d'estimer le nombre de patients en ALD avec toutes les caractéristiques présentes dans l'EPAS (sexe, âge.....) mais aussi de connaître toutes les consommations médicales associées.

Par ailleurs, les lacunes résultant de l'insuffisante représentativité de l'échantillon EPAS peuvent être surmontées grâce au croisement

---

111. Le taux de glycémie à jeun définissant le seuil de diagnostic du diabète a ainsi été abaissé en 1999 de 1,40 grammes/litre à 1,26 grammes/litre entraînant ainsi une forte augmentation du nombre de diabétiques pris en charge. Cela a conduit notamment à une augmentation du nombre de nouveaux bénéficiaires de 21,2 % en 2000 pour une augmentation moyenne annuelle de 11 % entre 1996 et 2003.

112. Echantillon permanent des assurés sociaux du régime général.

autorisé, depuis l'avis de la CNIL du 19 juin 2005, des données anonymisées résultant du SNIRAM (base de données interrégimes) et des données de codage des pathologies détenues par le service médical (HIPPOCRATE). Enfin, l'enquête nationale « Fréquence et coût des ALD » autorisée par un autre avis de la CNIL du 10 octobre 2005 permet d'appréhender les coûts hospitaliers publics et privés.

Depuis ces avis, la CNAMTS a multiplié les études afin de connaître avec précision les divers postes de dépenses des ALD. Ainsi, à titre d'exemple, les dépenses moyennes des patients souffrant de diabète (insulino-traités) ont été en 2004 de 219 € au titre des consultations de généralistes, de 1 415 € pour les soins infirmiers, de 1 082 € pour les frais de pharmacies d'officine, de 2 233 € pour les frais d'hôpitaux publics.

### **3 – Mais des dépenses difficiles à maîtriser**

Une plus grande maîtrise des dépenses d'ALD supposerait la réalisation de plusieurs conditions.

#### *a) Un meilleur respect de l'ordonnancier bizona<sup>113</sup>*

L'exploitation des données médicalisées effectuée en 2006 a montré que l'ordonnancier bizona est, dans les faits, mieux appliqué qu'on ne le pensait. Ainsi, les prescriptions de certaines ALD remboursées à 100 % représentent en moyenne entre 65,9 % et 76,1 % du total des dépenses.

---

113. L'ordonnancier bizona permet de distinguer toutes les prescriptions liées à une ALD et remboursées à 100 % des autres prescriptions qui ne sont pas liées à l'ALD et qui sont remboursées à des taux inférieurs.

**Dépenses remboursées année 2004***En M€*

ALD	En ALD	Hors ALD	Total	Nombre de patients
Hypertension artérielle isolée	1 753 69,0 %	786 36,9 %	2 539	556 664
Diabète isolé	4 039 74,7 %	1 365 25,3 %	5 404	967 992
Diabète + ALD cardiovasculaire	1 003 65,9 %	519 34,1 %	1 522	207 705
Diabète + autres ALD	1 709 76,6 %	521 23,4 %	2 231	215 807

*Source : CNAMTS*

L'incitation au respect de l'ordonnancier bizona demeure nécessaire. La campagne menée actuellement par la CNAMTS pour rendre effectif dans tous les cas cet ordonnancier est donc une excellente initiative car des gains restent possibles. Pour la CNAMTS, pour le seul secteur de la pharmacie et pour huit ALD, l'enjeu financier d'un meilleur respect de l'ordonnancier bizona a été estimé à 60 M€

*b) L'explicitation des fortes inégalités territoriales constatées*

La CNAMTS a mis en évidence<sup>114</sup> que la part des soins non pris en charge à 100 % dans le total des soins dispensés aux personnes en ALD diffère très fortement d'un département à l'autre et dans une proportion variant du simple au double. Ce pourcentage est voisin de 13 % dans les Pyrénées-Orientales, les Bouches-du-Rhône, l'Hérault, le Gard, le Vaucluse, le Var, les Hautes-Alpes, la Haute-Loire et l'Yonne. A l'inverse, il est voisin de 22 % dans la Loire, les Landes, la Loire-Atlantique et l'Orne.

Des différences aussi importantes doivent être explicitées par des études plus complètes, mettant en relation ces données avec en particulier la répartition des pathologies<sup>115</sup> et la proportion d'ALD soignées plutôt dans les hôpitaux qu'en ville.

---

114. Points de conjoncture n° 31-32, décembre 2004.

115. Dans certains cas, une prévalence plus marquée de certaines ALD s'explique par des données sanitaires et épidémiologiques variant fortement d'une région à l'autre. Ainsi, la répartition géographique des prises en charge à 100 % pour le diabète et les cancers correspond aux données épidémiologiques et reflète donc les mêmes disparités régionales.

Seuls ces travaux permettront de distinguer dans les prescriptions d'ALD celles qui relèvent d'éléments pathologiques incontestables ou de modes d'organisation de soins particuliers et celles qui sont liées à des comportements injustifiés des professionnels de santé et des assurés sociaux.

*c) Le renouvellement des référentiels des ALD.*

La loi du 13 août 2004 a confié cette tâche à la haute autorité de santé (HAS). Celle-ci a prévu de réexaminer, d'ici 2008, les 30 référentiels existants datant des années 1990 et de se prononcer à chaque fois sur les critères médicaux justifiant l'entrée dans le dispositif ALD et sur les listes des prestations nécessitées par le traitement de l'affection.

Les premiers travaux qui concernaient le diabète et l'hépatite C ont abouti en juin 2006. Il était prévu, initialement, qu'à l'occasion du réexamen de ces référentiels, la HAS proposerait, si cela lui paraissait justifié, une modification des critères médicaux permettant de bénéficier d'une ALD. S'agissant plus particulièrement du diabète, il avait été envisagé non pas de relever le taux de glycémie mais de sortir du champ de l'ALD les patients diabétiques de type 2 ne présentant aucune complication macro ou micro vasculaire. Les travaux préparatoires avaient cependant montré que ces patients qui forment près du tiers de la population totale des diabétiques ne représentaient que 9 % des dépenses de cette ALD.

Compte tenu de ces éléments et en raison de la nature du sujet, la HAS ne s'est pas prononcée dans l'immédiat en faveur d'une modification des critères médicaux. Elle justifie sa prudence par la nécessité de disposer d'une vue d'ensemble de plusieurs ALD au-delà des deux affections examinées. Elle estime également que la redéfinition des critères médicaux doit être replacée dans une problématique beaucoup plus large prenant en compte le poids du ticket modérateur et du reste à charge pour le patient ainsi que la place respective de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire dans le financement du dispositif. Elle estime en outre qu'un débat public doit avoir lieu sur ces questions.

Dans ces conditions, un véritable ralentissement des dépenses d'ALD est illusoire sauf à prendre des mesures plus contraignantes.

## **B – La liste des produits et prestations remboursables**

L'usage des dispositifs médicaux est de plus en plus fréquent dans la pratique médicale. Il s'agit d'un domaine très vaste et hétéroclite qui s'étend des compresses aux dispositifs implantables dans le corps

humain. Pour être remboursables par l'assurance maladie, ces produits et prestations doivent être inscrits sur une liste limitative, la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

Les principaux postes en augmentation sont les matériels d'assistance respiratoires, les matériels pour traitement à domicile, les matériels pour traitements divers (produits pour auto-traitement et auto-surveillance des diabétiques sous insuline, nutrition orale, stérilets, produits pour incontinents urinaires...).

Dans son rapport de 2004, la Cour mettait l'accent sur la nécessité de renforcer les moyens des instances de régulation compétentes, d'abaisser le prix des dispositifs qui n'apportent pas d'amélioration et de rendre obligatoire dans tous les cas la notification de leur commercialisation. Depuis lors, le mode de régulation qui s'applique à la LPPR a été précisé.

## **1 – Le renforcement des institutions compétentes**

Deux commissions interviennent, l'une dans le domaine médical, la commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP), l'autre dans le domaine économique, le comité économique des produits de santé (CEPS). Leur rôle fondamental et complémentaire a été renforcé.

La CEPP est chargée d'évaluer le service rendu par les dispositifs médicaux. Son fonctionnement a été modifié : seules les personnalités scientifiques ont voix délibérative, les représentants des ministères de tutelle n'ayant plus qu'une voix consultative. Ceci renforce la portée technique et médicale de ses avis dont l'autorité a été élargie par le décret du 23 décembre 2004 rendant obligatoire leur publication, même en cas de service rendu insuffisant<sup>116</sup>.

Le CEPS, auquel la CEPP transmet son avis, fixe les tarifs de responsabilité. Des prix limites sont fixés dans deux cas :

- de manière systématique pour les dispositifs médicaux du titre III (dispositifs implantables) et le grand appareillage orthopédique ;
- en cas de changement du tarif de responsabilité : lorsque celui-ci est baissé, afin que la baisse du niveau de remboursement n'ait pas de conséquence pour les assurés, et lorsqu'au contraire il est relevé, afin que les fabricants n'en profitent pas pour augmenter le prix de vente. Cela a été le cas en 2005 pour une nouvelle catégorie de prothèses mammaires.

---

116. En 2005 la CEPP a donné un avis négatif à 13 dossiers pour service rendu insuffisant (29 en 2004).

Les cas dans lesquels une expertise des coûts de fabrication est effectuée sont devenus très exceptionnels dans la mesure où le prix des produits est fixé par référence au service attendu.

Le codage des dispositifs assuré par l'assurance maladie, obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005, devrait améliorer la connaissance des volumes vendus.

## **2 – Les modalités de la baisse des tarifs**

Selon la réglementation, pour être inscrit sur la liste, un nouveau dispositif qui n'apporte pas d'amélioration du service rendu ou attendu par rapport aux dispositifs comparables doit permettre au moins une économie dans le coût du traitement.

En pratique, cette réglementation est contournée. En effet, un dispositif qui n'apporte pas d'amélioration est répertorié dans une ligne générique et inscrit au même tarif que les dispositifs de cette ligne, et non à un tarif inférieur. Par ailleurs, le CEPS peut décider d'aligner le tarif applicable à un dispositif inscrit en nom de marque sur le tarif de la ligne générique existante lorsque, pour des raisons financières, de santé publique ou de contrôle technique, le suivi de tels produits paraît opportun (cas des anneaux gastriques par exemple). Cette pratique a été entérinée par le décret du 23 décembre 2004.

Le tarif des lignes génériques peut cependant évoluer à la baisse grâce aux négociations que le CEPS mène avec les fabricants. Cela a été le cas des matériels d'oxygénothérapie en juin 2005 et, en février 2006, de plusieurs autres dispositifs (matériels de prévention des escarres, matériels d'auto-surveillance et d'auto-traitement pour les diabétiques, pansements).

## **3 – La réorganisation de la liste**

Le décret du 23 décembre 2004 a également modifié l'organisation de la liste. D'une part, les nouvelles lignes génériques sont inscrites pour une durée maximum de cinq ans renouvelable, d'autre part, l'ensemble des 3000 lignes génériques doit être révisé d'ici le 31 juillet 2015. Cette exigence a le mérite d'amener la CEPP à réviser systématiquement les descriptions génériques, c'est-à-dire à les reclasser en catégories d'indications. Ainsi, il existe 400 modèles de prothèses de hanches. Le but est de les regrouper en une demi-douzaine de catégories comprenant chacune une demi-douzaine d'indications.

En apparence contradiction avec la réglementation qui fait de l'inscription par description générique le principe et l'inscription en nom

de marque l'exception, la tendance actuelle est de ne pas ouvrir systématiquement de nouvelles nomenclatures génériques. Leur création nécessite, d'une part, un travail préalable de mise en cohérence des caractéristiques des dispositifs et de leurs utilisations d'indications, d'autre part, la CEPP et le CEPS éprouvent souvent le besoin de suivre un dispositif en raison de son impact sur les dépenses ou pour des impératifs de santé publique comme noté plus haut. Ceci explique le maintien de l'inscription de nombreux produits en nom de marque.

Toutefois, lorsqu'elle l'estime possible, la CEPP transforme en une nomenclature générique l'inscription de plusieurs produits inscrits en nom de marque. Ainsi une ligne générique comprenant 6 classes a été substituée en novembre 2003 à l'inscription sous nom de marque d'une centaine de stimulateurs cardiaques. Seuls sont encore inscrits sous nom de marque, avec un tarif supérieur au tarif de la catégorie pendant une durée limitée (12 ou 18 mois), des stimulateurs auxquels la CEPP a reconnu une ASR en raison de leurs avantages spécifiques par rapport aux spécifications minimales de leur catégorie.

Si, par construction, la CEPP et le CEPS ont connaissance des produits inscrits sous nom de marque, il n'en est pas de même de ceux qui répondent à une description générique et pour lesquels les fabricants ne revendiquent pas d'augmentation du prix. Dans ce cas, le produit est commercialisable et remboursable par l'assurance maladie sans passer devant la CEPP et le CEPS. Il conviendrait donc d'obliger les fabricants à déclarer auprès de la CEPP et du CEPS la commercialisation de produits rentrant sous une ligne générique. Cette connaissance faciliterait le travail de recensement de ces produits et permettrait à l'assurance maladie de savoir ce qu'elle rembourse exactement.

#### **4 – L'encadrement des indications**

Des avancées ont été réalisées en matière d'indications. La loi du 13 août 2004 fait obligation au prescripteur d'indiquer si le dispositif médical est ou non remboursable.

En outre, le décret précité institue la possibilité d'inscrire sur la LPPR des dispositifs médicaux dits d'exception particulièrement coûteux dont la prise en charge est limitée à une ou plusieurs indications. Les arrêtés nécessaires sont en cours de publication. Leur prescription sera encadrée faute de quoi ils ne seront pas remboursés. Cela nécessite un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale qui n'a pas encore été publié à ce jour.

Enfin, un dispositif de surveillance des dispositifs implantables a été mis en place. Des accords de bon usage doivent être conclus entre les

établissements de santé, les ARH et l'assurance maladie, permettant le remboursement à 100 % des dispositifs médicaux coûteux. Ces accords ont pour objet de s'assurer que les dispositifs sont utilisés conformément aux indications de la LPPR ou des protocoles thérapeutiques définis par l'AFSSAPS et la HAS. Ils s'appliquent aussi bien aux dispositifs intégrés dans les tarifs forfaitaires (GHS) qu'à ceux qui sont facturés « en sus » du tarif.

## **C – Les transports de malades**

### **1 – Les dépenses de transports.**

#### *a) Des dépenses qui continuent d'augmenter, mais à un rythme moins soutenu*

Ces dépenses ont concerné 3,4 millions de personnes soit 6,8 % de la population du régime général. Parmi les bénéficiaires de ces transports figurent principalement les personnes souffrant d'une affection de longue durée : la dépense moyenne des patients en ALD, soit 709 €, est 3,4 fois supérieure à celle des autres patients (207 €).

La hausse globale des dépenses recouvre des évolutions contrastées. Entre 2000 et 2004, les dépenses des ambulances et des taxis ont crû fortement (respectivement de 12 % et 16 %), tandis que celles des véhicules sanitaires légers (VSL) ont stagné (-1,5 %). La faible revalorisation des tarifs de transports en VSL explique en partie cette différence qui s'est traduite par une diminution de près de huit points de la part relative des VSL, passée de 38,6 % à 30,7 % des dépenses de transport entre 2001 et 2004.

L'enquête menée en 2004 mettait l'accent sur la nécessité de mieux encadrer la prescription, de revoir la réglementation applicable à l'offre de transport ainsi que l'organisation des transports d'urgence de jour.

#### *b) Des progrès en vue dans la régulation de la prescription de transport*

L'accord de bon usage de soins (ACBUS) conclu en septembre 2003 avec les médecins généralistes pour limiter le recours aux transports en ambulance présentait d'évidentes limites. En effet, il ne concernait ni les médecins hospitaliers qui apparaissent comme les principaux prescripteurs, ni les spécialistes. L'enquête de la Cour insistait sur la nécessité d'adapter les prescriptions de transport à la mobilité effective des patients, y compris ceux souffrant d'une affection de longue durée

dont certains peuvent se déplacer facilement. Aussi ne peut-on qu'approuver la démarche engagée conjointement par le ministère chargé de la santé et par l'assurance maladie en vue d'établir un référentiel médical opposable prenant en compte l'autonomie du patient selon des critères fondés sur la classification internationale des handicaps établie par l'OMS et visant à une adéquation précise entre le mode de transport prescrit et le niveau de mobilité du malade.

L'économie projetée du fait d'une meilleure adaptation du mode de transport à la mobilité effective des patients a été chiffrée à 100 M€ en année pleine, dès 2006. Mais cet objectif ne pourra pas être atteint car le référentiel opposable n'a pas encore pu être publié, son élaboration étant retardée par un désaccord entre le ministère et l'assurance maladie. Celle-ci souhaitait réformer à cette occasion la réglementation qui ouvre droit à une prise en charge des transports pour les trajets de plus de 150 km. Le ministère a tenu à conserver ce motif de prise en charge pour ne pas risquer de remettre en cause les modalités de soins de certaines maladies.

En tout état de cause, il importe que l'entrée en vigueur de ce référentiel permette de rendre effective la possibilité de sanctions prévue par la loi du 13 août 2004 à l'égard des prescripteurs abusifs.

*c) Une absence de réforme de la réglementation applicable à l'offre*

Si la régulation de la prescription a fait l'objet d'un début de réforme, il n'en est pas de même de l'offre de transport. La réglementation de 1988 qui prévoit un indice national de véhicules de transport sanitaire modulable à hauteur de plus ou moins dix pour cent au niveau de chaque département reste à ce jour inchangée. En pratique pourtant, cet indice est dépassé dans la majorité des départements et l'on comptait en 2004 25 546 véhicules sanitaires, dont 11 215 ambulances et 14 331 VSL, alors que le nombre autorisé était de 21 601, soit un dépassement global de près de 20 %. L'enquête de 2004 soulignait déjà que cet indice calculé au niveau départemental était dépassé et concluait qu'il devrait soit être révisé à la hausse, soit purement et simplement supprimé. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire pourraient constituer un cadre de référence pour le calcul de cet indice, qui ne serait plus fixé en fonction d'un indice national mais serait adapté aux spécificités des régions à l'instar des équipements médicaux lourds. Cette régionalisation aurait l'avantage de permettre de lier les transports sanitaires à l'offre de soins, en particulier la localisation des plateaux techniques lourds.

Quant au projet de rapprochement entre les VSL et les taxis, il n'a été envisagé que peu de temps et a tourné court en raison de divergences

entre les professionnels sur ce sujet et d'un risque d'alignement vers le haut des tarifs. Ce projet a donc été rapidement abandonné par le ministère. En revanche l'assurance maladie poursuit l'objectif d'harmoniser les conventions locales de dispense de frais conclues avec les chauffeurs de taxis par le biais de cahiers des charges nationaux.

En définitive, l'offre de transport de malades paraît fortement liée à la géographie mais son développement, qui repose sur l'addition de deux secteurs hétérogènes, les transports sanitaires et les taxis<sup>117</sup>, ne semble pas maîtrisé. Des départements ruraux comme la Creuse, l'Aveyron, le Cantal, les Alpes-de-Haute-Provence se distinguent par des taux de véhicules sanitaires élevés pour 100 000 habitants (respectivement 86 %, 85 %, 71 %, 84 %) alors que les départements urbains de la région parisienne, du Nord et du Rhône ont des taux très inférieurs : 14 % à Paris, entre 19 % et 40 % pour les départements de l'Ile-de-France, 33 % dans le Nord, 24 % dans le Rhône. Or l'offre de taxis ne compense pas les écarts entre départements ruraux et urbains, mais au contraire les accentue : 267 véhicules, taxis compris, pour 100 000 habitants dans la Creuse, 170 dans les Alpes-de-Haute-Provence, 179 dans l'Aveyron, contre 47 dans le Nord, 32 dans les Yvelines et l'Essonne et 29 dans le Rhône. Si l'on conçoit que l'offre de transport sanitaire soit plus développée dans les départements ruraux<sup>118</sup>, en revanche le fait que l'offre de taxis ne compense pas les écarts constatés paraît moins explicable<sup>119</sup>.

*d) Les transports d'urgence, de nuit et surtout de jour, restent à réorganiser*

Les transports d'urgence de nuit et les jours fériés ont fait l'objet d'une réorganisation en 2003, fondée sur le découpage des départements en secteurs de garde<sup>120</sup>. Les carences de transporteurs privés débouchant

---

117. Ils n'obéissent pas à la même réglementation et ne dépendent pas du même ministère, les taxis relevant du ministère de l'Intérieur.

118. La réglementation prévoit un ratio différencié selon la densité de la population dans chaque département : un véhicule pour 5 000 habitants pour l'ensemble des communes de plus de 10 000 habitants, un véhicule pour 2 000 habitants dans les communes de moins de 10 000 habitants.

119. Une hypothèse serait que l'offre de transport de malades (véhicules sanitaires + taxis) est plus importante dans les départements ruraux du fait de l'éloignement des établissements de santé. Selon une carte établie par la CNAMTS, c'est dans ces départements que le montant moyen de dépenses de transport par personne protégée est le plus élevé, ce qui serait logique du fait de l'éloignement des centres de soins.

120. Décret du 23 juillet 2003 et avenant n° 1 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés.

sur l'intervention des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) se sont réduites en période de garde, ce qui est à mettre au compte de cette réforme. Cependant, la CNAMTS a procédé à une évaluation de la garde ambulancière en juin 2005 et a relevé qu'il était nécessaire d'une part de clarifier le champ des missions couvertes par la garde ambulancière en distinguant les urgences pré-hospitalières des transferts inter-hospitaliers et des sorties d'hôpitaux, d'autre part, d'améliorer la répartition des missions entre les différents partenaires (services médicaux d'urgence et SDIS). Au total le coût de la garde en 2004 (indemnités de garde et rémunération des sorties comprises) s'est élevé à 128,7 M€

La coordination des différentes parties prenantes au transport d'urgence de jour doit être également améliorée. C'est l'objet des conventions tripartites entre les SAMU, les SDIS et les associations de transporteurs privés qui sont conclues dans les départements en application d'une circulaire du 29 mars 2004 du ministère chargé de la santé. Fin 2005, 20 de ces conventions étaient conclues et 30 étaient en cours de finalisation.

## **D – Les indemnités journalières d'assurance maladie**

L'enquête menée en 2004 recommandait notamment de simplifier la réglementation des indemnités journalières afin de libérer des ressources pour le contrôle et de développer la subrogation des administrations dans les droits aux indemnités journalières des personnels non titulaires.

### **1 – Un redressement effectif**

C'est le secteur où, depuis 2004, l'action de la CNAMTS pour contenir les dépenses a été la plus efficace.

**Indemnités journalières maladie – accidents du travail  
Régime général France métropolitaine**

Année	Montants remboursés en €	Taux annuel d'évolution	Nombre d'IJ	Taux annuel d'évolution
2000	5 636 929 000	6 %	219 320 579	5,8 %
2001	6 149 638 000	7,9 %	234 921 666	7,1 %
2002	7 015 782 000	9,1 %	259 110 419	10,3 %
2003	7 434 382 000	14,1 %	265 398 535	2,4 %
2004	7 409 758 000	-0,3	256 926 175	-3,2 %
2005	7 289 344 000	-1,6 %	246 379 665	-4,1 %

Source : CNAMTS

La décélération constatée ces deux dernières années s'est poursuivie en 2006 puisque, durant le premier semestre, les dépenses ont baissé de 3,6 % par rapport à la même période de l'an dernier.

La sensibilisation des acteurs, les contrôles accrus effectués par les CPAM ont incontestablement produit leurs effets. L'augmentation importante des contrôles pour les arrêts de courte durée corrélée avec un taux d'avis défavorable (qui reste significatif) explique ce renversement de tendance.

**Contrôle des IJ de courte durée**

Année	Nombre de contrôles	Avis défavorables	Nombre d'avis défavorables
2003	34 000	22 %	7 500
2004	168 000	12,6 %	21 200
2005	250 000	14,6 %	36 500

Source : CNAMTS

Un phénomène identique est constaté pour les arrêts de longue durée (supérieurs à 60 jours). Les contrôles effectués à ce titre ont donné lieu à 17,5 % d'avis défavorables.

**2 – Mais des problèmes subsistent**

Le dossier de la simplification de la réglementation n'a guère avancé depuis 2004. Les effectifs mobilisés pour traiter ces dossiers sont importants (plus de 4 000 agents en 2005) pour des résultats peu encourageants. Ainsi, alors que l'objectif national fixé pour 2004 et 2005

était de traiter 90 % des décomptes en 30 jours au plus, le délai de règlement de la première indemnité journalière non subrogée est toujours très long (69 jours en 2004 et 67 jours en 2005).

La persistance de ces difficultés résulte en grande partie de l'insuffisant développement de la subrogation<sup>121</sup>. Celle-ci est de droit<sup>122</sup> lorsque le salaire est maintenu en totalité par l'employeur en cas d'arrêt de travail. Dans les faits, des réticences à l'application de la subrogation existent cependant en raison d'une réglementation trop complexe. Il résulte des modalités de calcul prévues par l'article R. 323-4 du code de la sécurité sociale que l'indemnité journalière servie peut être d'un montant plus élevé que la rémunération versée par l'employeur<sup>123</sup>. Dans ce cas, une jurisprudence de la Cour de cassation (7 juillet 1993-Société Larnaud-Cofeur c/ Bernardin) impose que le différentiel de rémunération soit versé à l'assuré. Outre les problèmes techniques importants posés aux caisses, certains employeurs n'observent pas systématiquement cette règle, ce qui entraîne des conflits et, par conséquent, ne favorise pas le développement de la subrogation. La CNAMTS semble, dans ce domaine, se contenter d'une attitude passive confirmée par le fait qu'elle ne cherche pas à disposer de statistiques sur le pourcentage de salariés du secteur privé bénéficiant de la subrogation.

Le développement de la subrogation concerne aussi les agents non titulaires des trois fonctions publiques. L'expérience menée par le ministère de l'éducation nationale pour une population bien ciblée, celle des assistants d'éducation, a été jugée concluante mais n'a pas pour l'instant été étendue aux quelques 35 000 autres agents non titulaires concernés en raison notamment de certaines difficultés techniques liées à l'encaissement des recettes par l'Etat.

Par ailleurs, l'élaboration par la HAS d'un référentiel portant sur des durées indicatives d'arrêt par pathologie n'a pas abouti pour l'instant.

Subsiste enfin la question des fortes inégalités territoriales en matière d'indemnités journalières. Les diverses études menées par la

---

121. En cas de maintien du salaire par l'employeur pendant un arrêt de travail, la subrogation permet à l'employeur de percevoir directement, en lieu et place du salarié, les indemnités journalières dues à celui-ci par sa caisse d'assurance maladie.

122. Article R. 323-11 du code de la sécurité sociale.

123. Pour le calcul des indemnités journalières, l'article R. 323-4 prévoit qu'il est « tenu compte du salaire servant de base, lors de chaque paye, au calcul de la cotisation due ». Ainsi, dans l'hypothèse où l'une des paies incluses dans la période de référence (trois mois précédant la date d'interruption du travail) est supérieure au salaire habituel parce que comportant des primes ou des gratifications diverses, l'indemnité journalière payée sera d'un montant plus élevé que la rémunération versée par l'employeur.

CNAMTS depuis 2004 ont certes permis de mieux connaître le profil des assurés en interruption de travail (les femmes, les ouvriers, les employés ainsi que les assurés de plus de 55 ans sont surreprésentés par rapport à leur place dans la population active) mais elles n'ont pas encore permis d'expliquer les fortes inégalités territoriales constatées dans ce domaine. Entre 2003 et 2005, le nombre d'indemnités journalières du régime général a diminué dans la grande majorité des départements<sup>124</sup>, mais cette baisse généralisée n'a en rien estompé les fortes différences territoriales existantes qui varient toujours dans une proportion de 1 à 3 et qui ne peuvent guère être expliquées par la structure socio-professionnelle de la population active ces départements.

Le tableau ci-après montre en effet que si l'on considère les 10 départements les plus performants et les 10 départements les moins performants en ce domaine, ceux d'entre eux (parmi ces 20 départements) qui disposent du taux d'employés et d'ouvriers le plus élevé se répartissent presque à égalité dans les deux catégories examinées. Les CPAM ayant des résultats moins bons devraient en analyser les causes et développer fortement leur activité de contrôle.

---

124. Mais 12 départements (Aisne, Ariège, Aude, Charente, Drôme, Jura, Lozère, Pas-de-Calais, Haute-Savoie, Haute-Saône, Deux-Sèvres, Yonne) voient le nombre des IJ augmenter.

**Comparaison des départements les plus et les moins performants en matière d'indemnités journalières entre 2003 et 2005**

Département	Nombre d'IJ maladie et AT par patient**		% d'employés et d'ouvriers dans la population active totale du département
	2003	2005	
<b>Départements les plus performants</b>	2003	2005	
92 - Hauts-de-Seine	2,59	2,04	40,23
75 - Paris	2,68	2,00	32,92
78 - Yvelines	2,99	2,61	43,39
25 - Doubs	3,45	3,21	58,62*
72 - Sarthe	3,69	3,37	61,97*
14 - Calvados	3,71	3,58	57,56*
34 - Hérault	3,74	3,58	49,69
91 - Essonne	3,83	3,42	48,38
90 - Territoire-de-Belfort	3,90	-	57,54*
50 - Manche	3,91	3,46	57,31
94 - Val de Marne	-	3,27	56,62
<b>Départements les moins performants</b>	2003	2005	
82-Tarn et Garonne	6,30	-	55,44
30 - Gard	6,32	6,02	53,85
63 - Puy-de-Dôme	6,38	-	55,76
29 - Finistère	6,40	6,00	55,70
55 - Meuse	6,49	5,63	61,71*
02 - Aisne	6,60	6,63	63,16*
80 - Somme	7,14	6,44	60,97*
62 - Pas-de-Calais	7,60	7,82	62,82*
59 - Nord	7,64	7,52	58,03*
2B - Haute-Corse	7,73	7,61	55,04
89 - Yonne	-	6,24	60,78*
84 - Vaucluse	-	5,82	54,93
Moyenne nationale	4,9	4,6	54,46

*Enquête INSEE relative à la répartition de la population active (23 millions) entre les catégories socio-professionnelles.*

*\*Départements ayant le pourcentage d'employés et d'ouvriers les plus élevés.*

*\*\*Il s'agit des arrêts de maladie et des accidents du travail de patients relevant du régime général (hors sections locales mutualistes) prescrits par les omnipraticiens libéraux.*

*Source : CNAMTS et INSEE*