



## **Intervention de Marisol Touraine**

**Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes**

**Commission des comptes de la sécurité sociale**

**Lundi 29 septembre**

***Seul le prononcé fait foi***

---

Merci monsieur le secrétaire général.

Monsieur le ministre, Madame la Ministre,

Mesdames et messieurs les parlementaires,

Mesdames et messieurs les représentants d'organisations syndicales et  
d'organisations d'employeurs,

Messieurs les présidents de caisses nationales,

Mesdames et messieurs les représentants des professionnels de santé,

*Seul le prononcé fait foi*

Mesdames et messieurs,

Je tiens tout d'abord à remercier monsieur Christian CHARPY, le secrétaire général, pour sa présentation, ainsi que monsieur Thomas FATÔME, le directeur de la société sociale – qui ne peut malheureusement pas être des nôtres aujourd'hui - et ses équipes pour l'important travail qu'ils ont fourni dans des conditions qui sont souvent difficiles dans les derniers jours.

Votre exposé, M. le secrétaire général, a montré combien la situation est exigeante.

- I. **Depuis plus de deux ans, nous menons une action résolue pour réduire le déficit de la sécurité sociale, car** le retour à l'équilibre est nécessaire pour maintenir l'adhésion et la confiance des Français dans leur protection sociale.

La conjoncture économique ralentit le rythme selon lequel nous avançons dans cette démarche. Avec une croissance du PIB et une progression de la masse salariale bien inférieure aux prévisions, nous stabilisons le déficit du régime général et du FSV en 2014, et nous l'améliorons un peu pour le régime général et pour l'ensemble des régimes obligatoires de base. C'est

un résultat à replacer dans un contexte où le déficit des administrations publiques augmente en 2014.

Je reprends la comparaison que j'avais faite devant vous, en juin dernier : en 2010, le déficit avait progressé de 4,5 milliards d'euros pour atteindre 28 milliards alors que la croissance atteignait 1,6%. En 2014, alors que la croissance est de 0,1%, nous stabilisons le déficit. C'est la preuve que nos efforts paient.

Dans ce contexte, nous devons financer le coût de l'innovation médicamenteuse, qui accroît la contrainte sur l'ONDAM du fait des coûts de traitement de l'hépatite C, qui s'élèveront à plusieurs centaines de millions en 2014.

M. le secrétaire général, vous avez présenté les risques de dépassement de l'ONDAM qui en résultent.

Ce risque appelle plusieurs commentaires de ma part :

- tout d'abord, il faut rappeler que l'objectif 2014 dont nous parlons se situe très nettement en-deçà de l'objectif présenté et voté en LFSS 2014,

du fait du débasage opéré en LFRSS : s'il n'y avait pas eu de LFRSS, ce débat n'existerait pas ;

- surtout, ce risque rappelle que la maîtrise des dépenses d'assurance maladie n'a rien de facile. Nous nous étions peut-être habitués à voir ONDAM sous-exécuté depuis quelques années, et certains en avaient tiré la conclusion qu'il était facile de faire toujours moins. Il nous a même été reproché de présenter une évolution tendancielle des dépenses de santé excessivement élevée pour afficher davantage d'économies. Cet épisode rappelle donc, si besoin, que les dépenses de santé sont structurellement dynamiques, notamment du fait de l'innovation, et que les objectifs d'évolution que nous nous fixons, historiquement bas, supposent une mobilisation inédite en termes d'économies.
- Dès ce PLFSS, le gouvernement présente des mesures permettant d'éviter ce dépassement, j'y reviendrai. Ces mesures permettent de répartir équitablement la contrainte que représente le coût de l'hépatite C : notamment, nous devons mobiliser une partie des mises en réserve prudentielles pour respecter l'ONDAM, mais les mesures prises en matière de régulation des dépenses liées à l'hépatite C permettent de ne pas écarter, à cette date, le dégel d'une partie des gels hospitaliers, en

fonction de l'efficacité de ces mesures et de la dynamique des autres dépenses ;

- Pour autant, si les traitements de l'hépatite C constituent un défi financier, ils représentent aussi une excellente nouvelle de santé publique. Ils apportent en effet à un grand nombre de malades une amélioration réelle de leur état de santé. Derrière cette contrainte financière, il faut donc voir les caractéristiques essentielles de notre système de santé auxquelles nous sommes attachés. Je parle du large accès des patients aux bienfaits de l'innovation thérapeutique, quelle que soit leur situation financière. C'est parce que nous souhaitons préserver cette excellence que nous réformons notre système de santé.

## **II. Face à cette situation, nous sommes mobilisés pour préserver notre modèle social.**

La préservation de notre modèle social, elle passe tout d'abord par la préservation de ces ressources, et notamment par la compensation intégrale à la sécurité sociale des pertes de recettes des exonérations du Pacte de responsabilité. C'était un engagement important du Gouvernement

au cours de l'examen de la loi de financement rectificative pour 2014, le Gouvernement vous avait alors donné rendez-vous aux lois financières de l'automne, cet engagement est tenu.

La préservation de notre modèle social, c'est aussi l'engagement de réformes structurelles pour en accroître l'efficacité et la justice.

C'est ce que nous avons fait en matière de retraites dans le cadre de loi sur l'avenir et la justice du système de retraites votée en janvier dernier : une loi qui consacre des droits nouveaux, comme la prise en compte de la pénibilité, et qui assure l'avenir de nos régimes de retraite, comme le montre l'amélioration de la trajectoire des comptes des régimes de retraite, avec le retour de la CNAV à l'équilibre en 2017, sous réserve de la réalisation des hypothèses économiques retenues. Cette amélioration résulte en partie d'une mesure inscrite dans le projet de loi de finances en application de la réforme des retraites, à savoir que le produit de la fiscalisation des majorations de pensions, décidé l'an dernier dans le cadre de la réforme des retraites, sera bien affecté au fonds de solidarité vieillesse à partir de 2015.

Ce redressement nous permet de financer des mesures de justice, avec la revalorisation de l'ASPA à 800 euros au 1<sup>er</sup> octobre, et le versement d'une prime exceptionnelle de 40 euros.

En matière de politique familiale, nous poursuivons la démarche de modernisation engagée par le gouvernement, démarche qui repose sur quatre orientations :

- 1/ maintenir le soutien à toutes les familles : l'universalité de la politique familiale est préservée ;
- 2/ rétablir les comptes de la branche famille, pour en conforter la légitimité de cette politique. C'est pourquoi le Premier ministre a annoncé que les prestations familiales contribueraient au plan d'économies présenté en avril dernier. Nous prévoyons de l'ordre de 700 millions d'économies en 2015 ;
- 3/ renforcer le soutien aux familles les plus modestes, en rééquilibrant les aides aux familles selon les niveaux de revenus : je rappelle ainsi que nous avons revalorisé l'allocation de rentrée scolaire de 25% en 2012. Dans le cadre des économies nécessaires pour l'avenir de la branche, **la modulation du complément du mode de garde en fonction des ressources sera accrue par la**

**création d'une quatrième tranche, pour laquelle le montant d'aide sera diminué ;**

- 4/ promouvoir l'articulation entre vie professionnelle et vie familiale, qui est à la fois une condition pour l'émancipation individuelle et l'égalité entre femmes et hommes, et une condition au maintien de la natalité française. À cet égard, je souhaite rappeler l'investissement important qui est réalisé dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion de la branche famille, avec la dynamique des ressources du fonds national d'action sociale qui contribue à l'objectif du gouvernement qui est d'offrir aux familles 275 000 solutions d'accueil supplémentaires pour les jeunes enfants. Cet effort permet d'accompagner une réforme du congé parental, votée dans la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, qui instaure un partage du congé. Dans le cadre instauré par cette loi, le partage du congé parental doit être mieux équilibré. Cette réforme, nous la souhaitons pour elle-même, car nous sommes attachés à l'égalité réelle et parce que nous voulons éviter d'éloigner les femmes du marché du travail, mais elle contribuera aussi, indirectement, au redressement de la branche famille ;

Certaines prestations seront mieux ciblées sur les situations où elles sont le plus efficaces :



- s'agissant de la prime de naissance, son montant sera diminué à partir du 2<sup>ème</sup> enfant, pour prendre en compte le fait que les besoins d'équipement liés à l'arrivée de l'enfant sont alors moindres et que les allocations familiales interviennent alors pour soutenir les familles ;
- la majoration pour âge des allocations familiales interviendra désormais à partir de 16 ans car c'est à cet âge que le coût de l'enfant augmente, et il faut répondre de façon plus ciblée à cette réalité.

En complément, mais dans la même logique de recentrage des prestations et de plus grande équité, nous réformons le capital-décès, pour passer d'une prestation dépendant du niveau de salaire du défunt à une prestation forfaitaire identique pour l'ensemble des assurés d'un même régime.

**Dans le cadre de cet effort d'économies, je tiens à souligner que le pouvoir d'achat des prestations est préservé :**

- **les prestations familiales seront bien revalorisées en avril 2015 pour tenir compte de l'inflation ;**
- **les familles continueront à percevoir le montant des prestations familiales qu'elles perçoivent aujourd'hui. Les mesures évoquées ne s'appliqueront que pour l'avenir, pour des prestations ou des majorations de prestations que les familles ne perçoivent pas aujourd'hui.**

**Concernant l'assurance maladie, ce PLFSS met en œuvre à la fois la stratégie nationale de santé et le plan d'économies que j'ai présentés.**

Je veux le dire très simplement : on ne peut pas opposer plan d'économies et stratégie nationale de santé. Nous ne réaliserons des économies qu'en transformant notre système de santé, et ces économies sont nécessaires pour que notre système de santé continue à permettre à tous d'accéder à des soins de qualité et à l'innovation.

Ainsi que je l'ai annoncé, l'ONDAM progressera, en 2015, de 2,1%. Alors que la population augmente et vieillit, alors que l'innovation coûte cher, cela représente un effort de plus de 3 Mds€.

Cet effort, comment le réalisons-nous ? En mobilisant les quatre axes du plan d'économies que j'ai présenté.

**Tout d'abord, par la pertinence des soins, en garantissant le bon usage et en évitant les actes inutiles ou redondants.**

**En 2015, nous attendons près de 1,2 Md€ d'économies à ce titre.**

Il y a là non seulement un enjeu financier, mais aussi de santé publique.

À cet égard, nous faisons appel aux actions de maîtrise médicalisée de l'assurance maladie, qui seront mobilisées pour agir auprès des professionnels de santé.

L'avant-projet de loi de financement comporte plusieurs mesures législatives qui visent à nous permettre d'amplifier ces actions.

Tout d'abord, en donnant aux agences régionales de santé une palette d'outils pour agir sur le comportement d'établissements ciblés en raison de problèmes significatifs de non-pertinence dans leurs pratiques et prescriptions. Ces outils seront gradués : fixation d'objectifs contractualisés, mise sous observation, mise sous accord préalable, pénalités. J'ai récemment invité l'ensemble des directeurs généraux d'ARS à être mobilisés sur ce sujet, ainsi que sur les autres actions du programme d'économies sur lesquels ils sont particulièrement appelés à intervenir.

Cette action est complétée par la mise en place d'une incitation financière à l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé.

Nous proposons également de renforcer les garanties de pertinence de la prise en charge et de sécurité sanitaire pour un certain nombre de dispositifs médicaux. On sait que l'inscription d'un dispositif sur une ligne générique des produits pris en charge laisse aujourd'hui trop de possibilités pour qu'on admette un produit non conforme. Nous proposons d'imposer, pour certains dispositifs médicaux particulièrement sensibles, que la

conformité fasse l'objet d'un contrôle par un laboratoire indépendant. Il y a là un enjeu financier, mais aussi de santé publique.

**Nous devons par ailleurs, et c'est le deuxième axe du programme d'économies, agir sur le prix des produits de santé et le développement des génériques.** 1,1 Md€ est attendu en 2015 à ce titre.

Nous proposons un objectif pour les années qui viennent, qui montre notre ambition d'économies et donne de la visibilité aux industriels : c'est la stabilité des dépenses d'assurance maladie pour les médicaments entre 2015 et 2017.

Adapter les prix, les faire baisser, mais pas de manière uniforme. Nous continuerons à soutenir l'innovation ; nous ferons converger les prix des médicaments vers celui de leur générique quand il existe ; nous agirons sur le prix des médicaments ayant perdu leur brevet mais non inscrits au répertoire des génériques, nous ferons baisser les prix des médicaments qui ne présentent pas d'amélioration du service médical rendu pour les patients.

Nous développerons le générique en incitant les médecins, en ville comme à l'hôpital, à les prescrire et en renforçant la confiance du public dans les médicaments génériques. Je présenterai prochainement de façon plus détaillée les actions que j'entends mener dans ce domaine.

Par ailleurs, face à la progression exceptionnelle des dépenses de traitement de l'hépatite C, nous adoptons des mesures très fortes de refonte de la régulation globale des dépenses de produits de santé.

Nous proposons de redéfinir le mécanisme de régulation globale dit « du taux K », pour atteindre l'objectif de stabilité de la dépense remboursée de médicament que s'est fixé le Gouvernement pour la période 2015-2017 : il s'agit de garantir que ce mécanisme s'applique à des situations telles que celles de l'hépatite C - autorisation temporaire d'utilisation et phase postérieure - ainsi qu'à garantir le rendement de ce dispositif.

Par ailleurs, dès 2014, pour répondre à la problématique spécifique du VHC, nous proposons la création d'un mécanisme de régulation pour les seuls médicaments destinés au traitement de l'hépatite C.

Ce mécanisme interviendrait si le chiffre d'affaires total dévolu au traitement de l'hépatite C était supérieur à un montant défini par la loi et si le taux de croissance de ce chiffre d'affaires était supérieur à un taux de progression fixé par la loi, et permettrait de faire supporter un éventuel dépassement imputable aux médicaments de l'hépatite C aux seuls laboratoires concernés.

**Tel est notre choix face à une situation aussi exceptionnelle que celle de l'hépatite C :**

- **le choix de la responsabilité, car nous ne pouvons pas laisser l'assurance maladie supporter un tel niveau de dépenses ;**
- **le choix de la solidarité et de la santé, car nous garantissons l'accès à l'innovation aux malades, sans rationnement ;**
- **le choix de l'équité, car nous ne demandons ni à l'ensemble du secteur pharmaceutique ni aux autres acteurs de la santé d'être mis à contribution pour couvrir l'intégralité de ces dépassements.**

**Nous amplifierons, et c'est le troisième axe, les efforts d'amélioration de l'efficience de la dépense hospitalière.**

Plus de 500 millions sont attendus à ce titre, par le programme PHARE d'amélioration des achats hospitaliers, et par la mutualisation des fonctions autres que les soins. La loi de santé donnera, avec les groupements hospitaliers de territoire, les outils pour que les hôpitaux puissent réaliser ces transformations qui leur permettront de jouer leur rôle tout

**Enfin, et il s'agit autant d'un axe du programme d'économies que d'une orientation essentielle de la stratégie nationale de santé, nous engageons le virage ambulatoire de notre système de soins.**

C'est un enjeu d'économies comme de qualité des soins. Nous prévoyons près de 400 millions d'économies à ce titre en 2015, et cet effort est appelé à s'amplifier dans les années suivantes.

**Pour cela, nous poursuivons la réforme du financement des hôpitaux, avec la définition d'un financement spécifique pour les hôpitaux de proximité, pour les conforter dans leur rôle dans la coordination entre ville, hôpital et médico-social.**

**Nous poursuivons aussi la démarche du Pacte territoire santé, avec des mesures favorables à l'installation des médecins en zone sous-dense.**

Ce choix du virage ambulatoire et du renforcement des soins primaires de premier recours, il se traduit aussi dans un choix, assumé, celui de fixer un taux de progression de l'ONDAM soins de ville à 2,2%, soit plus que l'ONDAM des établissements de santé, qui progressera de 2%.

**Au-delà du texte, j'ai demandé aux DG d'ARS d'être mobilisés pour organiser, dans les territoires, ce « virage ambulatoire » et progresser dans la chirurgie ambulatoire. A ce titre, 19 M€ d'aides sont budgétisées**

dans le fonds de modernisation des établissements de santé pour accompagner ces derniers dans leurs projets de développement de la chirurgie ambulatoire.

**Ce programme d'économies nous permet, dans un contexte extrêmement contraint, de poursuivre la transformation du système de santé que j'ai engagée dans le cadre de la stratégie nationale de santé, afin d'améliorer les droits et la qualité de notre système de santé.**

**Tout d'abord, ce texte traduit notre choix de la prévention.**

La mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en 2012, du forfait médecin traitant et de la majoration personnes âgées en 2013, ont d'ores et déjà conduit à accorder des ressources accrues pour conforter les actions de prévention réalisées par le médecin traitant, en cohérence avec le rôle qui est confié à ce dernier dans la stratégie nationale de santé.

L'investissement en faveur de la prévention est soutenu : du côté de l'État, dans le cadre du triennal, les crédits de prévention du fonds d'intervention régional sont préservés, et du côté de l'assurance maladie, dans le cadre de



la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS, le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) du régime général voit ses crédits progresser, à champ constant, de 437 à 455,4 M€ entre 2013 et 2017. 228 millions consacrés à la prévention bucco-dentaire entre 2014 et 2017, avec une progression des dépenses de 49,9 à 59M€ de 2013 à 2017 ; 295 millions seront consacrés au dépistage des cancers entre 2014 et 2017.

Le PLFSS contient en outre deux mesures législatives de soutien à la prévention, et notamment à des dispositifs de prévention qui peuvent bénéficier à tous mais en particulier à ceux qui peuvent être les plus éloignés du système de soins.

D'une part, en créant une nouvelle structure, les centres d'information et de dépistage gratuit des infections, issue de la fusion entre les centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des centres d'information, de diagnostic et de dépistage gratuit, nous permettons de donner plus de visibilité au dispositif de dépistage et de mieux organiser la continuité entre dépistage et prise en charge.

D'autre part, avec la prise en charge par l'assurance maladie des vaccins dispensés dans les centres de vaccination dans les mêmes conditions que

les vaccins réalisés en ville, nous aidons les centres de vaccination à développer leur activité de vaccination gratuite.

Enfin, en instaurant un dispositif spécifique de financement de la démocratie sanitaire.

**Par ailleurs, ce texte s'inscrit dans la continuité de notre engagement pour l'accès aux soins.**

Dans le contexte financier contraint qui est le nôtre, nous avons refusé toute mesure de transfert de charges vers les patients – ni déremboursement, ni forfait ni franchise – et nous avons au contraire cherché à améliorer l'accès aux soins. Ce choix se voit déjà dans les chiffres : la part des dépenses de soins à la charge des ménages a reculé depuis 2011, passant de 9,2% des dépenses de soins à 9% en 2012 puis 8,8% en 2013.

Nous poursuivons dans cette voie : c'est ainsi que le PLFSS propose la mise en place du tiers payant intégral au 1<sup>er</sup> juillet 2015 pour les bénéficiaires de l'ACS.

Cette logique de renforcement des droits, nous l'appliquons au-delà des seuls soins, par exemple en étendant le bénéfice des indemnités journalières couverture en cas d'accidents de travail aux conjoints et aides familiaux d'exploitants agricoles. C'est une mesure d'équité, qui reconnaît la

contribution de ces personnes, le plus souvent des femmes, et vise à en faire des assurés sociaux à part entière.

Tel est le sens de notre démarche : réaliser résolument les économies en allant les chercher dans l'amélioration de notre système, en préservant notre niveau de couverture sociale.

Je vous remercie.