

Propositions d'amendements au PLFSS pour 2018

Sommaire

1. Promouvoir l'insertion professionnelle des personnes dialysées..... 2
2. Favoriser le développement de la greffe et améliorer la protection des donneurs vivants 4

1. Promouvoir l'insertion professionnelle des personnes dialysées

Amélioration du dispositif d'indemnisation des patients réalisant leurs dialyses pendant leur temps de travail, destinée à favoriser leur maintien et leur accès à l'emploi.

Dispositif

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE XX, insérer l'article suivant :

L'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 323-3-2. L'indemnité compensatrice de perte de salaires est versée à l'assuré social en cas de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale entraînant une interruption partielle de travail : l'assuré doit justifier de la perte de salaire et l'indemnité est limitée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, correspondant au nombre d'heures perdues. Le salaire servant de base au calcul des cotisations maladie et vieillesse correspond au salaire rétabli intégrant l'indemnité compensatrice de perte de salaires. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les personnes dialysées rencontrent de nombreuses contraintes. Les séances d'hémodialyse durent en général de quatre à cinq heures et doivent être répétées trois fois par semaine, auxquelles il faut ajouter les temps de trajet et d'attente. On estime qu'en moyenne chaque patient consacre huit heures, trois fois par semaine, à son traitement. Les horaires des séances dans les structures de dialyse sont fixes : démarrage en début de matinée ou d'après-midi. La dialyse du soir ou de nuit est très peu proposée et très peu accessible. **Le temps et les horaires du traitement entrent donc en concurrence directe avec le travail.**

Le traitement par dialyse est vital et sans limitation théorique de durée. Il ne peut y être mis fin qu'en raison du décès du patient ou de la réalisation d'une greffe de rein. Les délais d'attente de greffe sont actuellement de l'ordre de plusieurs années. Par exemple, en région Ile-de-France, les durées médianes d'attente des patients de moins de 60 ans, de groupe sanguin B, sont de l'ordre de sept ans.

Face à cette situation, les solutions actuellement proposées ne permettent pas, le plus souvent, le maintien durable dans l'emploi des personnes dialysées. Au-delà des un an de temps partiel thérapeutique et des trois ans d'arrêt maladie prévus par la réglementation, elles se voient le plus souvent contraintes d'opter pour des dispositifs d'invalidité (pensions versées par l'assurance maladie, éventuellement complétées par les régimes de prévoyance, ou minima sociaux tels que AAH ou RSA...), qui sont coûteux et précipitent leur exclusion du monde du travail.

Actuellement, 38% des patients dialysés, soit environ 15 000, ont entre 20 et 64 ans¹. Le taux d'activité sur cette tranche d'âge dans la population générale en France est de 80,5%. Il n'est que de 17,4% pour les

¹ Registre REIN http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_rein2013.pdf

patients dialysés. Plus la période de dialyse en dehors de l'emploi s'allonge, plus l'éventualité d'un retour au travail après une greffe réussie devient hypothétique.

Au-delà des retentissements de la sortie du monde du travail en termes financiers et de perte de productivité, le maintien dans l'emploi est le principal facteur² modifiable influençant positivement la qualité de vie des patients en dialyse.

Le maintien dans l'emploi durant la dialyse, lorsqu'il est possible, est au bénéfice du patient, mais aussi du système de santé, à long terme.

Le régime d'assurance maladie, outre les dispositifs de droit commun (arrêt de travail, temps partiel thérapeutique, invalidité), a pris en compte cette spécificité de la dialyse et prévoit la possibilité d'octroi d'une indemnité compensatrice de perte de salaire pour personnes dialysées à domicile (ICPS).

Ainsi, l'arrêté du 26/10/1995 prévoit que la caisse primaire accorde cette prestation dès lors que les demandeurs remplissent certaines conditions.

Il existe cependant plusieurs difficultés à la mise en œuvre de ce texte :

- il s'agit d'une prestation supplémentaire attribuée par les CPAM sur le fonds national d'actions sanitaires et sociales. Ce dispositif est mal connu, à la fois des équipes de dialyse, des patients, mais aussi des CPAM et des employeurs. Ce déficit d'information le rend peu accessible et entraîne des difficultés dans sa mise en œuvre. Ainsi, en fonction des caisses, son obtention n'est pas systématique.
- le fait que l'arrêté mentionne uniquement la dialyse à domicile est interprété de manière variable par les CPAM ; La logique d'application de la prestation à la dialyse à domicile seulement n'est plus justifiée, les pertes de revenus liées au traitement par dialyse concernent toutes les modalités, à domicile ou en établissement.
- si l'ICPS est plus favorable que les indemnités journalières pour les salariés aux revenus modestes, les assurés dont le salaire dépasse le plafond mensuel de la sécurité sociale sont pénalisés, la compensation financière étant limitée à ce plafond visé à l'article R.323-9 du CSS ;
- le contrat de travail est suspendu pendant la période d'utilisation de l'ICPS, comme pour un arrêt maladie, mais il n'y a pas de report au compte de vieillesse de cette prestation. Cette suspension a donc un impact négatif sur le calcul de la pension de retraite, alors même que ces travailleurs font l'effort de maintenir leur activité professionnelle. L'ICPS réintégré au salaire permettrait de calculer les cotisations (maladie, vieillesse de base et complémentaire) sur la base du salaire rétabli.

Cette proposition d'amendement vise donc à améliorer ce dispositif et ses conditions d'application afin de favoriser le maintien dans l'emploi des patients dialysés.

² Speyer E, Briançon S, Jacquelinet C, Beauger D, Baudelot C, Caille Y, et al. Qualité de vie des personnes en insuffisance rénale chronique terminale en France en 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2014;(37-38):623-30.http://www.invs.sante.fr/beh/2014/37-38/2014_37-38_4.html

2. Favoriser le développement de la greffe et améliorer la protection des donneurs vivants

Amélioration de la protection des donneurs vivants d'organe : suppression du seuil de l'ONIAM en cas de dommage suite au don.

Dispositif

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE XX, insérer l'article suivant :

Dans le Chapitre II du Titre IV du Livre Ier de la première partie du code de la santé publique, après l'article L. 1142-3-1, il est ajouté un article L. 1142-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-3-2 : Les personnes qui subissent des dommages dans le cadre d'un don d'organe peuvent faire valoir leurs droits en application des deux premiers alinéas de l'article L. 1121-10 auprès des commissions régionales mentionnées aux sections 2, 3 et 4 du présent chapitre. Lorsque la responsabilité de l'équipe médicale n'est pas engagée, les victimes peuvent être indemnisées par l'office institué à l'article L. 1142-22, conformément aux dispositions du II de l'article L. 1142-1. Toutefois l'indemnisation n'est pas dans ce cas subordonnée au caractère de gravité prévu par ces dispositions. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les maladies rénales sont dévastatrices dans leurs effets, extrêmement coûteuses et très inégalitaires dans leurs thérapeutiques. Elles entraînent une mortalité élevée et dégradent considérablement les conditions d'existence de celles et ceux qui en sont touchés. Au stade dit « de suppléance », lorsque les reins ne fonctionnent plus, elles impliquent le recours à des thérapeutiques vitales lourdes et coûteuses, la dialyse et la transplantation rénale. La greffe est le traitement le plus efficace de l'insuffisance rénale terminale, il améliore sensiblement la qualité et l'espérance de vie en comparaison à la dialyse, le tout pour des coûts très inférieurs pour le système de santé.

Si l'accès à la greffe rénale a sensiblement augmenté depuis l'an 2000, il demeure trop faible et trop lent. La greffe rénale de donneur vivant, en particulier, est insuffisamment développée. En 2015, 547 greffes rénales, soit 16% du total, ont été réalisées en France à partir d'un donneur vivant. Ce taux a plus que triplé en 15 ans, mais reste inférieur à celui observé dans beaucoup d'autres pays (25% en Norvège, 33% en Grande Bretagne, 52% aux Pays Bas).

L'objectif du 3e Plan greffe est d'atteindre 1000 greffes à partir de donneur vivant par an à l'horizon 2021.

Si l'ensemble des études françaises et internationales confirme que les risques encourus par le donneur sont très faibles, aucun dispositif spécifique n'est aujourd'hui prévu en cas de complication à long terme lié au don.

Afin d'encourager les greffes de rein à partir de donneurs vivants, le présent amendement propose de renforcer la protection des donneurs vivants d'organes, en leur permettant de bénéficier d'une exonération du seuil d'IPP qui ouvre droit à l'indemnisation d'un aléa thérapeutique. Une telle exonération est déjà prévue pour des situations proches, notamment pour les dommages imputables à une activité de recherche biomédicale. Sa mise en œuvre serait de nature à rassurer les donneurs potentiels, en leur apportant des garanties dans l'hypothèse improbable où ils subiraient des complications liées à leur geste altruiste.