



Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Rapport annuel 2010

**L'assurance maladie face à la crise :
Éléments d'analyse**

Novembre 2010

Composition du HCAAM

Président

M. Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat

Vice-Président

M. Alain CORDIER, Inspecteur général des finances

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie

CGT

M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral

M. Christophe PRUDHOMME, responsable du collectif national des médecins de la CGT

CFDT

Mme véronique DESCACQ, secrétaire nationale

M. Abdou ALI MOHAMED, secrétaire confédéral

CGT-FO

M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral

M. Bernard EUZET, secrétaire de l'union départementale de l'Allier

CFTC

M. Michel ROLLO, secrétaire général de la Fédération CFTC santé sociaux

CFE-CGC

Mme Danièle KARNIEWICZ, secrétaire nationale du pôle protection sociale

MEDEF

M. Bernard LEMOINE, Fédération française des industries de santé

N.

CGPME

M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral

UPA

Mme Michèle PARIZOT

FNSEA

M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint

UNAPL

Dr Olivier AYNAUD, secrétaire général de l'Union Nationale des Professions Libérales

UNSA

M. François JOLICLERC, secrétaire national

Trois députés

M. Yves BUR, UMP, Bas-Rhin

M. Pierre MÉHAIGNERIE, UMP, Ille-et-Vilaine

M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

Trois sénateurs

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne

M. Jean-Jacques JÉGOU, UDF, Val-de-Marne

M. Alain VASSELLE, UMP, Oise

Six représentants de l'Etat

M. Vincent CHRIQUI, directeur général au centre d'analyse stratégique

M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale

Mme Annie PODEUR, directrice générale de l'offre de soins

M. Didier HOUSSIN, directeur général de la santé

M. Ramon FERNANDEZ, directeur général du Trésor

M. Philippe JOSSE, directeur du budget

Un représentant de la Haute Autorité de Santé

Pr. Laurent DEGOS, président de la HAS

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire

M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

M. Michel RÉGEREAU, président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

M. Gérard QUÉVILLON, président du Régime Social des Indépendants (RSI)

M. Gérard PELHATE, président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

M. Laurent VACHEY, inspecteur général des finances

Trois représentants des organismes de couverture complémentaire de l'assurance maladie

M. Maurice RONAT, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), président de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI)

M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)

M. Alain ROUCHÉ, directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)

Six représentants de l'Union Nationale des Professions de Santé

Dr. Michel CHASSANG, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)

Dr. Claude LEICHER, président de MG-France

M. Pierre LEPORTIER, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), président honoraire de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)

M. Roland L'HERRON, président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)

M. Patrick PÉRIGNON, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), vice-président de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO – libéral)

M. Philippe TISSERAND, président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Cinq représentants des établissements de santé

M. Jean LEONETTI, président de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)

Dr. Max PONSEILLÉ, président d'honneur de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)

Dr. Francis FELLINGER, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers

Pr. Alain DESTÉE, président de la conférence nationale des CME de CH Universitaires

Un représentant des industries du médicament

M. Christian LAJOUX, président du LEEM (Les Entreprises du Médicament)

Un représentant des industries des dispositifs médicaux

Mme Odile CORBIN, Directeur Général du Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM)

Trois représentants des usagers

Mme Christiane BASSET, administrateur en charge du dossier « Santé-Vieillesse » à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

M. Arnaud de BROCA, secrétaire général de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)

M. Christian SAOUT, président du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS)

Neuf personnalités qualifiées outre le président et le vice-président

M. Yann BOURGUEIL, directeur de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)

M. Bruno DURIEUX, président du Comité National des Conseillers du Commerce Extérieur de la France (CNCCEF), inspecteur général des finances, ancien ministre de la santé

Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), ancien ministre de la santé

M. Christophe JACQUINET, directeur général de l'agence régionale de santé Picardie (ARS)

Pr. Bernard LUBOINSKI, médiateur à l'Institut Gustave-Roussy

Mme Dominique POLTON, directrice de la Stratégie des Etudes et des Statistiques à la CNAMTS, ancienne directrice de l'IRDES

M. Guillaume SARKOZY, délégué général du groupe Médéric

Secrétaire général du HCAAM

M. Jean-Philippe VINQUANT, inspecteur général des affaires sociales

L'assurance maladie face à la crise :

Eléments d'analyse

Ce rapport a été discuté par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie lors de ses séances des 28 octobre et 25 novembre 2010.

Il a été adopté à l'unanimité le 25 novembre 2010.

Sans qu'il engage l'expression publique individuelle de chacun des membres du Haut conseil, ce document rend compte d'une réflexion collective partagée en son sein.

Il entend répondre à une mission du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui est d'apporter des éléments d'analyse susceptibles d'enrichir le débat public.

SOMMAIRE

<u>CHAPITRE 1</u> : Le déficit de l'assurance-maladie en 2010 : mise en perspective	p. 9
<u>CHAPITRE II</u> : Détour théorique : déficit conjoncturel et structurel, définition des concepts	p. 19
<u>CHAPITRE III</u> : La situation de l'assurance maladie	p. 31
<u>ANNEXES</u> :	p. 51

Ce rapport se propose de mettre en perspective les niveaux actuels de déficit avec ceux que l'assurance maladie avait connus lors de la dernière dégradation importante de ses comptes, dans les années 2003 – 2004 (**chapitre I**).

Il présente ensuite, dans un chapitre plus théorique, quelques concepts d'analyse des effets conjoncturels et structurels d'une crise économique (**chapitre II**).

Il analyse enfin les conséquences et les différentes perspectives qui en découlent pour l'assurance maladie (**chapitre III**).

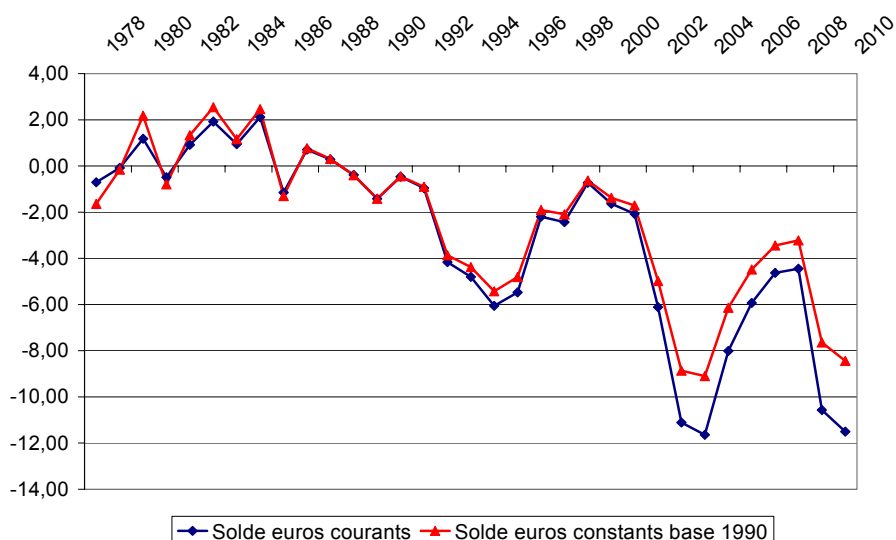
CHAPITRE I

LE DEFICIT de L'ASSURANCE-MALADIE en 2010 : MISE en PERSPECTIVE

I.1. Un niveau très élevé de déficit, même si son ordre de grandeur n'est pas inédit

Le déficit de la branche maladie du régime général pour 2009 s'établit à 10,6 Md€ et devrait atteindre 11,5 Md€ en 2010. En euros courants (courbe bleue), le niveau de déficit se rapproche des déficits historiques atteints en 2003 (-11,1 Md€) et 2004 (-11,6 Md€).

Figure 1 Comparaison déficit euros courants/euros constants au prix de 1990



Source : DSS. Retraitements : Secrétariat général du HCAAM.

L'exercice 2009 se solde par une progression du déficit de 6,2 Md€ par rapport à 2008, soit plus qu'un doublement. La dégradation des comptes est particulièrement brutale. Mais elle ne constitue pas la dégradation la plus rapide dans la chronique des comptes de l'assurance maladie. Entre 2002 et 2003, le déficit avait augmenté de 4 Md€ soit un triplement. Entre 1992 et 1993, l'augmentation avait été de 4 Md€ également, soit un quadruplement.

Pour approfondir l'analyse du niveau de déficit, et assurer une comparabilité dans le temps indépendamment de la dérive des prix, on neutralise cette dernière en déflatant les montants de déficit de l'inflation constatée¹ (passage en euros constants, également appelé « approche en termes réels »).

¹ Si l'évolution du prix des biens et services de la CSBM est légèrement inférieure à l'évolution du prix du PIB sur longue période, on sait que leur croissance est à peu près identique sur les vingt dernières années (DREES, Etudes et résultats, mai 2007).

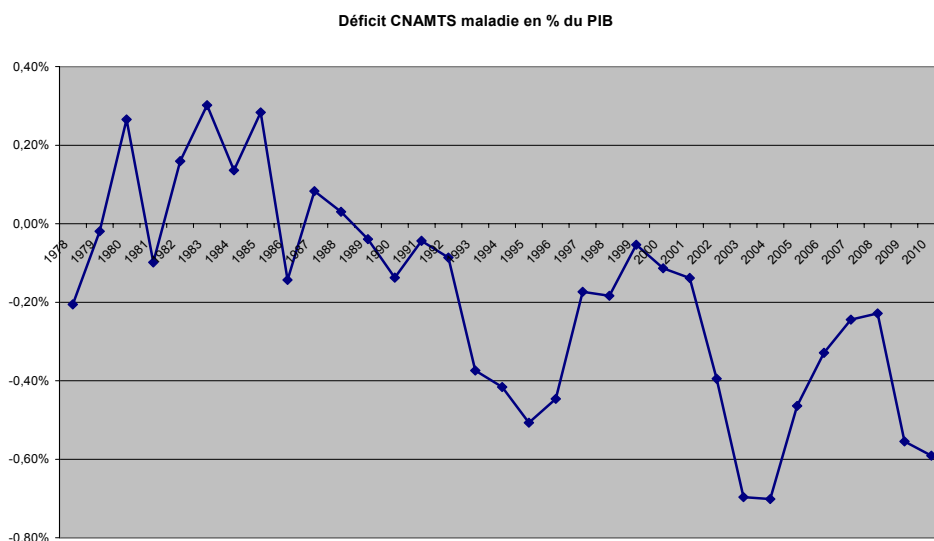
Le secrétariat du HCAAM a calculé, en utilisant les déflateurs publiés par l'INSEE², que les déficits actuels sont inférieurs aux déficits 2003 et 2004 convertis euros constants (c'est-à-dire aux prix de l'année 2010), à savoir -12 Md€ pour 2003 et -12,4 Md€ pour 2004. Ce résultat rejoint une observation déjà faite par la CNAMTS dans ses propositions sur les charges et produits pour l'année 2011.

Même si le déficit s'alourdira de près d'1 Md€ en 2010, les déficits de 2009 et de 2010 restent donc inférieurs à la fois en euros courants et en euros constants à celui de 2004.

Une autre mise en perspective du niveau de déficit atteint en 2009 consiste à comparer les soldes de la CNAMTS soit avec le PIB, soit avec les dépenses du champ de l'ONDAM.

Calculer le ratio solde CNAMTS maladie / PIB permet à la fois de neutraliser les effets de l'inflation, mais aussi de tenir compte de la croissance du PIB pour mesurer le « poids » du déficit de la CNAMTS. Sur longue période, on note un phénomène d'aggravation des niveaux de déficit rapportés au PIB au fil des crises successives. Pour autant, le déficit né de la crise de 2008 ne semble pas confirmer ce mouvement, en tout cas pas sur les années 2008 – 2010.

Figure 2



Source : DSS. Retraitements : Secrétariat général du HCAAM.

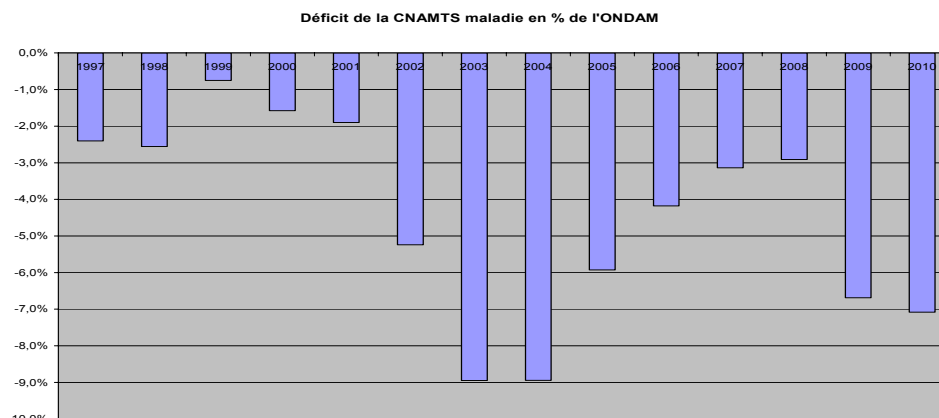
Enfin, il est possible de rapporter le niveau du déficit de la CNAMTS au montant des dépenses dans le champ de l'ONDAM. Ce calcul se veut évidemment rudimentaire, car il ne correspond pas exactement à un « taux de déficit de la CNAMTS »³ (toutes les dépenses de la CNAMTS ne sont pas dans le champ de l'ONDAM, et certaines dépenses de l'ONDAM sont hors du risque maladie – les accidents du travail et maladies professionnelles – ou financées par d'autres régimes. Il a néanmoins le mérite de resituer l'évolution des déficits par rapport à l'ordre de grandeur d'un ONDAM qui croît chaque année.

² INSEE, *Pouvoir d'achat de l'euro et du franc*, tableaux de déflation par l'indice général des prix à la consommation, janvier 2010. Taux d'inflation retenu pour 2010 : 1,5%.

³ Le vrai « taux de déficit de la CNAMTS » est d'ailleurs retracé, à partir des charges et produits du régime général d'assurance maladie, dans les indicateurs des Programmes de qualité et d'efficacité (indicateur de soutenabilité financière).

Ainsi, on voit dans le graphe en figure 3 qu'après une période de décreue pendant quatre ans du ratio « déficit CNAMTS maladie / ONDAM », liées à la fois à la réduction du déficit de l'assurance maladie et à la progression des dépenses du champ de l'ONDAM, l'indicateur se dégrade fortement en 2009, sans atteindre les niveaux de 2003 et 2004.

Figure 3



Source : DSS. Retraitements : Secrétariat général du HCAAM.

I.2. Premier facteur d'environnement aggravant : ce déficit apparaît dans un contexte de dégradation généralisée des comptes publics, liée à la crise.

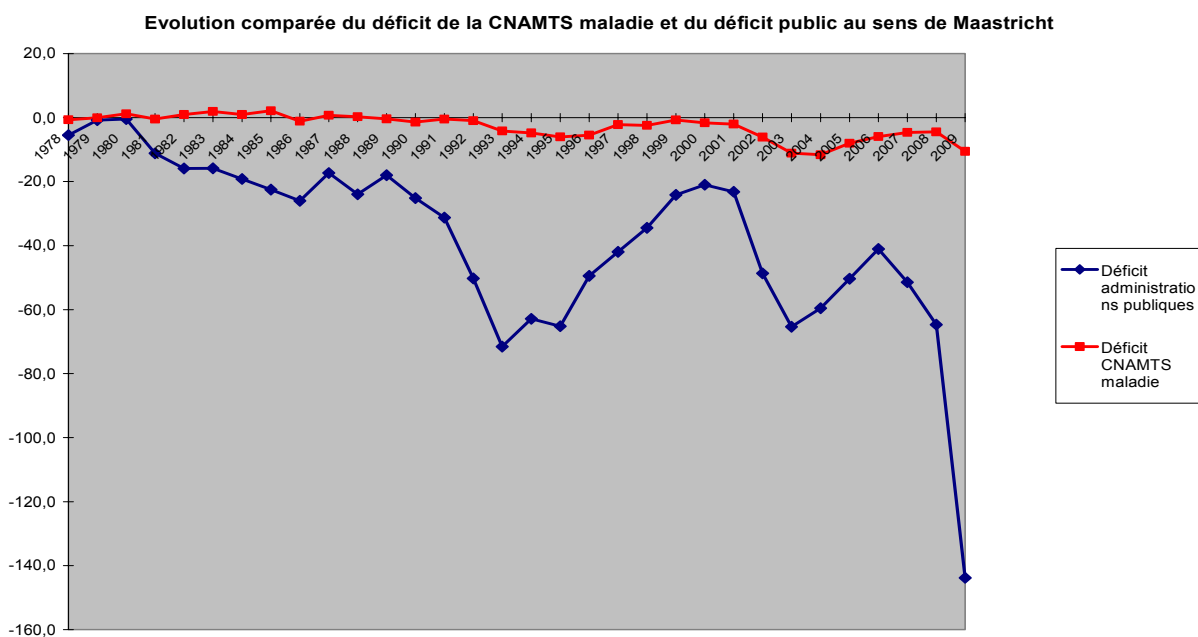
Fait particulier en revanche : les déficits de 2009 et 2010 de la CNAMTS s'inscrivent dans le cadre d'une dégradation de grande ampleur des finances publiques. Ainsi, pour 2009, l'estimation du déficit public au sens de Maastricht était de -143,8 Mds€, soit 7,5% du PIB.

L'ensemble des administrations publiques est en déficit. Le déficit des administrations centrales s'élève à 6% du PIB, celui des administrations locales à 0,3% du PIB et celui des administrations de sécurité sociale à 1,3% du PIB.

Figure 4

La courbe rouge correspond au déficit du régime général de l'assurance maladie tel qu'il est retracé en Figure 1, ci-dessus. On est évidemment obligé d'en comprimer fortement l'échelle, pour qu'il puisse tenir sur le même graphique que le déficit public total.

Le niveau de cette réduction d'échelle donne une mesure de l'importance du phénomène.



Source : INSEE Comptes nationaux. Retraitements : Secrétariat général du HCAAM.

Le déficit de la CNAMTS contribue à la dégradation des comptes publics et de la sécurité sociale. Si la contribution du déficit de la CNAMTS est moindre que lors des précédentes crises, c'est exclusivement en raison de la dégradation simultanée des soldes de l'ensemble des administrations publiques.

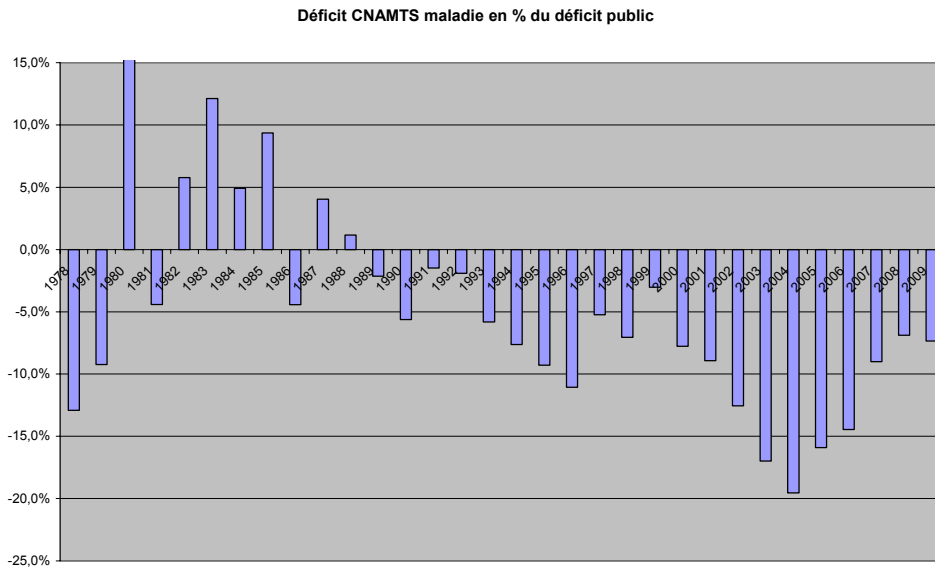
La contribution de la CNAMTS maladie au déficit total des administrations publiques au sens de Maastricht est quasiment trois fois moins importante en 2009 (7,4%) qu'en 2004 (19,5%).

Cette dégradation simultanée des autres comptes publics ne doit évidemment pas déboucher sur une conclusion erronée, qui serait de minimiser les difficultés financières de l'assurance maladie au regard de l'ampleur des déficits globaux.

C'est précisément le contraire qui est vrai.

Car le fait d'être entouré d'autres situations de déficit ne diminue en rien l'obligation de faire face au déséquilibre des comptes, mais rend à la fois plus difficile la mobilisation – fortement concurrencée – de ressources nouvelles, et moins soutenable – dans un contexte de sensibilité générale des marchés – le maintien durable d'un déficit structurel.

Figure 5



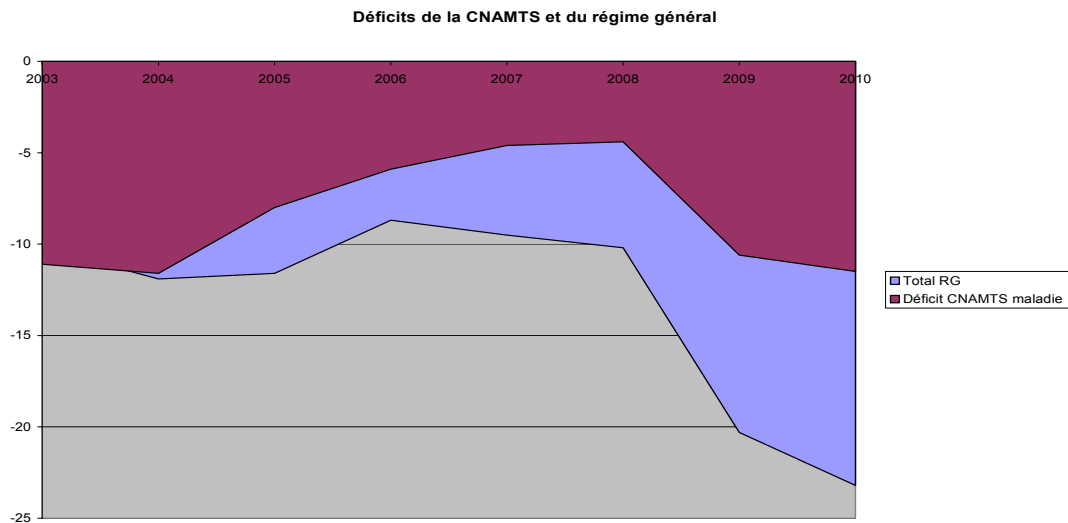
Sources : données des rapports de la CCSS et INSEE-Comptes nationaux

Plus précisément, en 2009, même en déduisant du déficit de l'Etat l'impact du plan de relance (7,5 Md€) et du remboursement anticipé de TVA aux collectivités territoriales sur les dépenses d'investissement pour deux exercices budgétaires (1 Md€ selon la Cour des comptes), la part du déficit de la CNAMTS maladie dans le déficit public s'établit à 7,8%.

Toutefois, cette évolution est moins liée au niveau propre du déficit de la CNAMTS, même s'il redevient très élevé, qu'à la très forte dégradation du déficit de l'Etat.

Au sein des comptes de la sécurité sociale, la part du déficit de la CNAMTS maladie dans le déficit total du régime général est deux fois moins importante en 2009 et 2010 qu'elle ne l'était en 2003 et 2004, années où les branches famille et vieillesse étaient à l'excédent ou proches de l'équilibre.

Figure 6

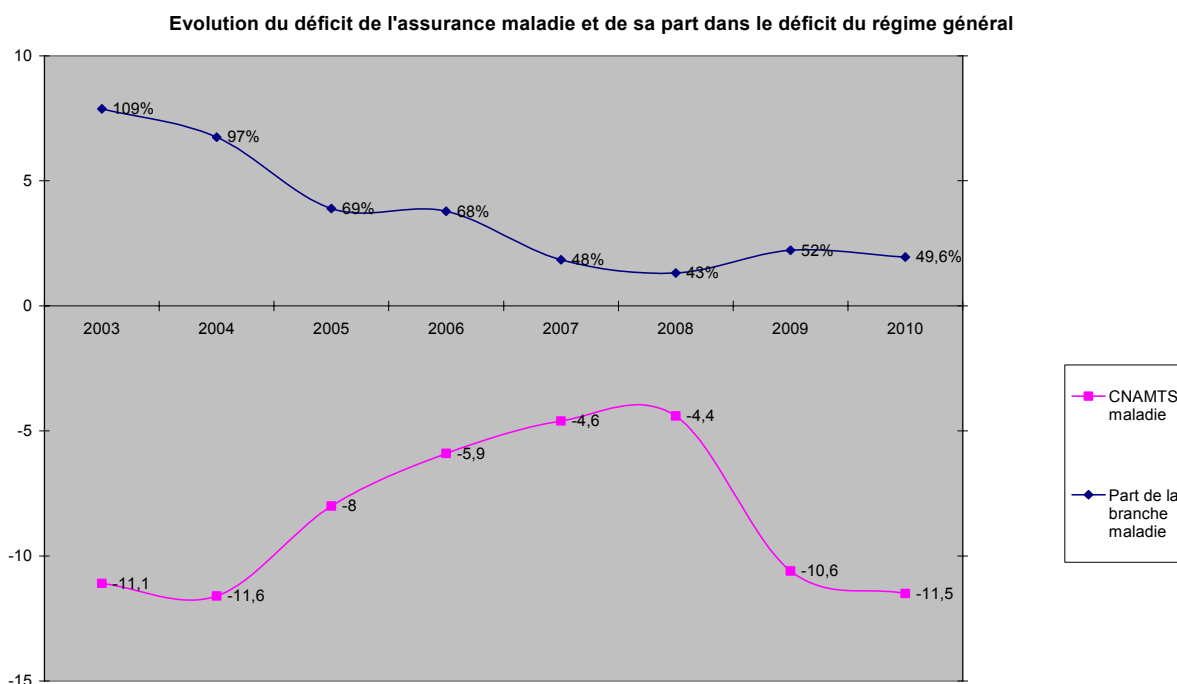


Sources : rapports de la CCSS. Retraitement : SG du HCAAM

Alors que le déficit de la CNAMTS maladie représentait 97% du déficit du Régime général en 2004, il n'en expliquait plus que 43% en 2008, année où le déficit de la CNAMTS a atteint son point le plus bas depuis 2003.

Cette diminution s'expliquait à la fois par la réduction du déficit de la CNAMTS et l'apparition de déficit dans les autres branches du RG.

Figure 7

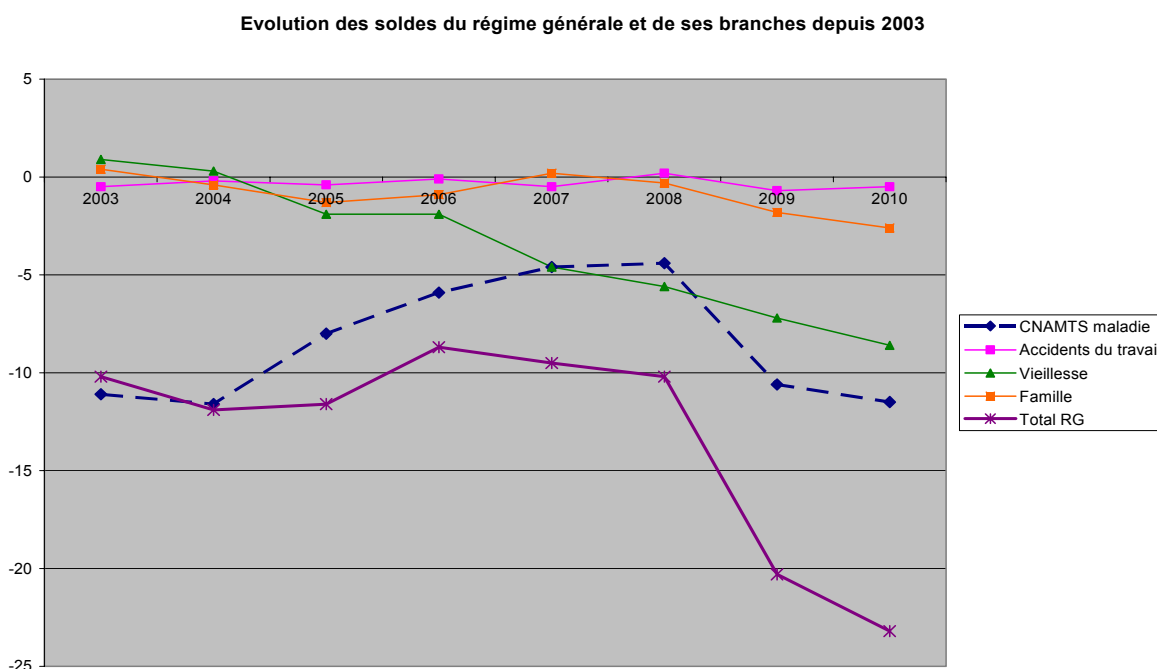


Sources : données des rapports de la CCSS et INSEE-Comptes nationaux. Retraitements : Secrétariat général du HCAAM.

En revanche, cette proportion s'est à peu près maintenue entre 2008 et 2010, en raison de l'impact uniforme de la crise de recette.

En 2009, cette part augmente 52%, pour diminuer à nouveau en 2010 à 49,6% du fait de la dégradation des soldes des branches vieillesse et famille du RG, comme l'illustre la figure ci-dessous.

Figure 8



Sources : données de la CCSS

Si la part du déficit de la CNAMTS maladie dans le déficit total du régime général a augmenté en 2009, cela ne tient pas seulement à une progression plus rapide des charges de la CNAMTS par rapport à celles des autres branches. Les charges nettes de la CNAMTS ont progressé plus vite que celles de la CNAF (+3,5% contre +1,4%), mais moins vite que celles de la CNAV (+3,8%).

L'écart relatif entre les différentes branches du régime général tient également à l'évolution différentielle des recettes.

La structure de recettes de la CNAMTS lui a été très défavorable en 2009, du fait du poids très élevé de la CSG dans ses recettes totales: 36% des recettes totales de la CNAMTS, à qui sont affectées 61% des recettes de CSG. Or les recettes de CSG sont plus sensibles aux retournements de cycle⁴.

Au total, les produits nets de la CNAMTS maladie ont diminué de -0,7% en 2009, contre une baisse de -1,9% pour la CNAF et une augmentation de +2,3% pour la CNAV.

Eléments de comparaisons internationales

Cette situation critique n'est pas propre à la France bien entendu. Les principaux pays de l'OCDE ont fortement ressenti les effets de la crise financière et économique en termes de dégradation des comptes publics.

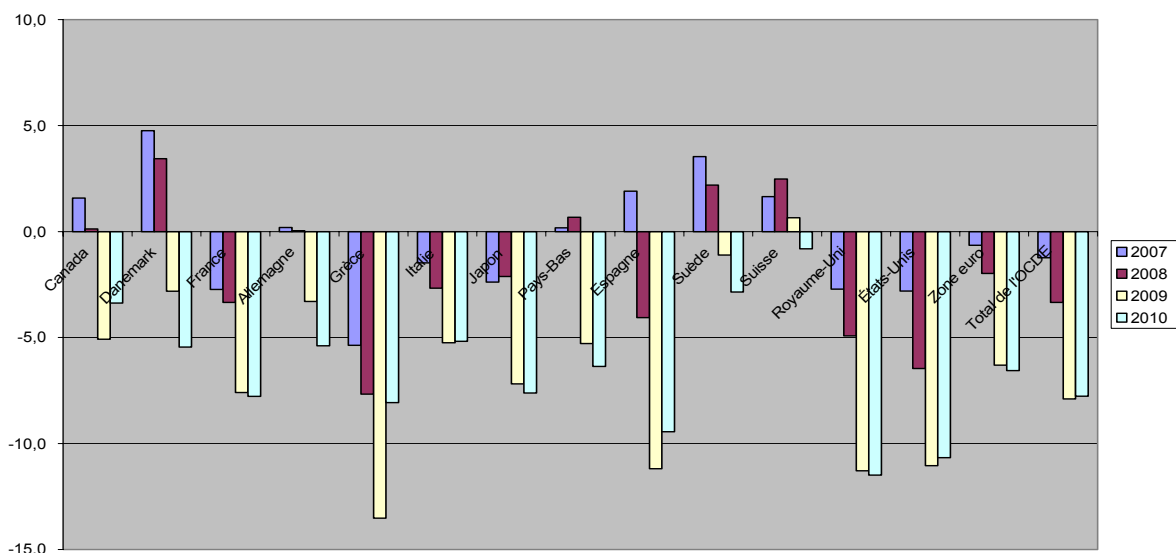
Les comparaisons entre pays de l'OCDE sont malaisées lorsqu'il s'agit d'étalonner le déficit de la CNAMTS. En effet, la diversité des systèmes d'assurance maladie – systèmes de santé nationaux, régimes de sécurité sociale, systèmes assurantiels privés – rend les champs par trop hétérogènes.

⁴ Ainsi, si en 2009 la croissance des recettes de la CSG assises sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement ont fortement décéléré en 2009 (+0,5%), celles assises sur les revenus du capital a reculé très fortement en 2009 (-21,2%). En outre, la part de CSG que la CNAMTS verse aux autres régimes maladie est revalorisée en fonction de l'évolution de la CSG maladie sur les revenus d'activité et de remplacement de l'année n-2, mécanisme défavorable en temps de crise.

Ainsi, s'agissant des Etats-Unis et du Japon, les chiffres sont toujours présentés sous deux définitions, « avec » et « hors » sécurité sociale. Le différentiel entre les deux chiffres atteint 1 point de PIB.

Si l'ensemble des pays a connu une dégradation de leurs comptes publics, l'ampleur des déficits est différente. En moyenne, les pays entrés dans la crise avec un excédent des comptes publics ont connu une moindre dégradation. Parmi les pays déjà ancrés dans un déficit public avant 2008, la France connaît une situation comparativement moins dégradée.

Solde financier des principaux pays de l'OCDE, des pays de la zone euro et de l'ensemble des pays de l'OCDE



Source : Données en % du PIB. Solde financier au sens de solde des administrations publiques. Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE, n° 87. Les chiffres pour le Japon et les Etats-Unis sont « y compris » sécurité sociale.

1.3. Deuxième facteur d'environnement aggravant : ce niveau élevé de déficit fait suite à d'autres déficits, s'ajoutant ainsi à une charge de dette déjà considérable

Le déficit actuel s'inscrit dans une longue chronique de déficits sociaux. Les comptes CNAMTS maladie n'ont plus été excédentaires depuis 1988 et ceux de la sécurité sociale depuis 2001.

La création de la CADES par l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 ne devait au départ que couvrir les dettes antérieures et liées à la gestion 1996⁵. La CADES se serait alors éteinte au 31 décembre 2009, comme cela était annoncé dans la communication du ministre du travail et des affaires sociales et du secrétaire d'Etat à la santé, le 24 janvier 1996.

Depuis sa création, la CADES a repris 134,6 Md€ de dettes, dont 76,6 Md€ au bénéfice de la CNAMTS maladie⁶.

⁵ « Il est créé, à compter du 1er janvier 1996 et pour une durée de treize ans et un mois, un établissement public national à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de l'économie et des finances et du ministre chargé de la sécurité sociale, appelé Caisse d'amortissement de la dette sociale. ».

⁶ La CNAMTS maladie représente la quasi totalité des reprises de dette liées à la maladie, la seule autre reprise de dette au titre d'un régime de base d'assurance maladie ayant concerné en 1996 l'ex-Caisse nationale d'assurance maladie des non salariés (CANAM), à hauteur de 0,46 M€.

Tableau 1

Années	Montant total transféré à la CADES (en M€)	Montant transférés au titre de l'assurance maladie (en M€)
1996	44 730	12 530
1998	13 206	7 755
2003	1 280	
2004	36 100	35 000
2005	6 610	6 610
2006	5 700	5 700
2007 (régularisation technique)	-65	-65
2008	10 000	3 500
2009	17 000	5 578
Total	134 561	76 608

Source : rapports de la CCSS et Mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale de la DSS

Bien qu'aucun transfert nouveau de dette à la CADES n'ait été supérieur à celui initial de 1996, le montant cumulé de dettes pris en charge par la CADES a été multiplié par 2,2 sur la période 2004 à 2009. Sur ces six années, le régime général de l'assurance maladie a bénéficié de 76% du montant des reprises.

D'après le rapport de juin 2010 de la CCSS, à fin 2010, la CADES devrait avoir amorti 47,8 Md€ de dettes du régime général, pour un montant total d'intérêts versés de 29,9 Md€. Il restait donc à amortir 86,8 Md€ jusqu'au terme fixé pour la mission de la CADES, qui était de 2021 avant la loi organique sur la gestion de la dette sociale du 13 novembre 2010.

Pour ce qui concerne la seule assurance maladie, la dette restant à amortir serait de 65,2 Md€ sur les 76,6 Md€ repris. On mesure là la lenteur du mécanisme d'amortissement de la dette : le montant de dettes à rembourser au titre de l'assurance maladie représente près de 6 années de déficit 2010 mais aussi l'équivalent de 42% du budget de l'assurance maladie (régime général) pour cette même année.

Alors que les ressources affectées à la CADES pour rembourser les dettes sociales tournaient autour de 5 Md€ entre 2002 et 2007, elles se sont établies un peu au dessus de 8,2 Md€ depuis le transfert à la CADES de 0,2 point de CSG à compter du 1^{er} janvier 2009.

Si l'on proratisé par un calcul sommaire le montant des recettes de la CADES au titre des déficits repris à la CNAMTS (soit 56% des dettes transférées à la CADES), c'est un peu moins de 5 Md€ par an qui sont désormais consacrés au remboursement de la dette de l'assurance maladie.

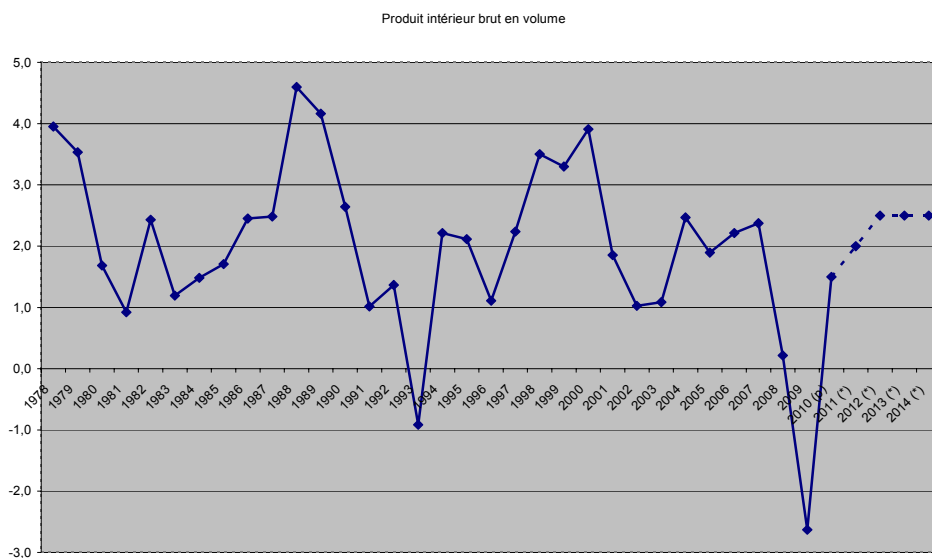
Les déficits de 2009 et 2010 interviennent donc à un moment où la dette sociale cumulée a fortement augmenté, de même que les prélèvements qui sont affectés à l'établissement chargé de l'éteindre.

1.4. Enfin – troisième facteur d’environnement aggravant – ce déficit doit être corrigé dans un contexte de croissance encore incertain.

A la différence de la période 2004-2008, le déficit de la CNAMTS se creuse alors que la croissance attendue du PIB en volume est encore incertaine, et dont le « rebond » conjoncturel de sortie de crise ne sera pas nécessairement durable (voir infra : déficit conjoncturel et structurel).

La figure ci-dessous retrace l’évolution du PIB en volume sur longue période, et intègre les prévisions pour les années 2012 à 2014 présentées dans le cadre du programme de stabilité annexé au PLF 2011 et prises en compte dans le cadrage pluriannuel du PLFSS 2011.

Figure 9



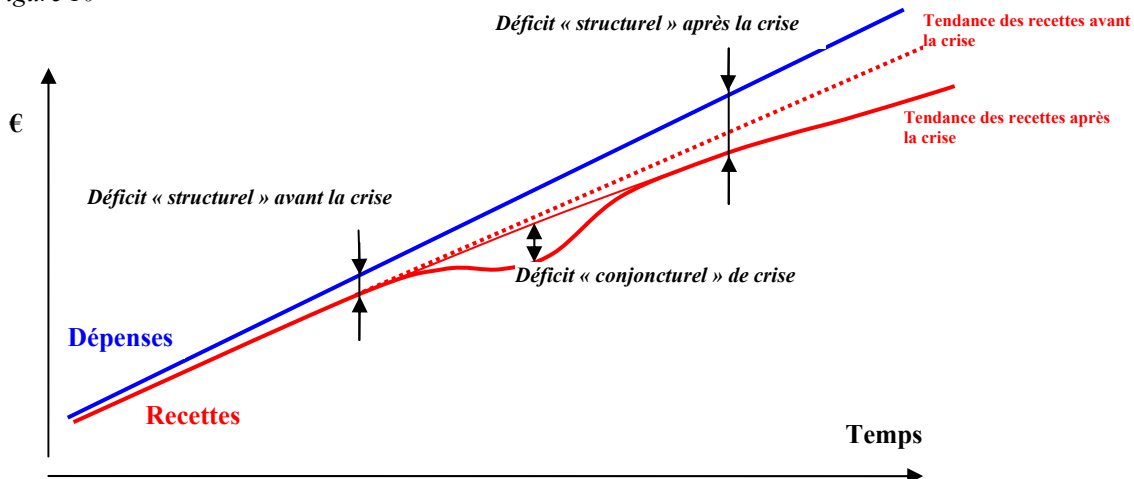
Source : INSEE, annexe B du PLFSS 2011

CHAPITRE II

DETOUR THEORIQUE : DEFICIT CONJONCTUREL ET STRUCTUREL, DEFINITION DES CONCEPTS

La lecture de ce chapitre II doit permettre une meilleure compréhension des concepts de « déficit conjoncturel » et de « déficit structurel » ; elle n'est toutefois pas nécessaire à la compréhension du reste du rapport, dès l'instant qu'on en admet les conclusions suivantes (en partie illustrées sur le schéma ci-dessous) :

Figure 10



- Le déficit « conjoncturel » s'annule spontanément en sortie de crise, c'est-à-dire lorsque l'activité a retrouvé son niveau « potentiel ». Il laisse toutefois derrière lui un certain « capital » de dette à payer.
- Le déficit « structurel » ne se corrige qu'en prenant des mesures nouvelles et pérennes sur les recettes ou les dépenses.
- Un déficit « structurel » génère une dette cumulée croissante dans le temps. Si ce déficit est lui-même croissant (écart croissant entre la croissance des dépenses et la croissance potentielle), cette dette cumulée connaît une croissance accélérée, insoutenable à moyen terme.
- Même si la crise n'a aucun effet structurel, c'est-à-dire si le déficit qu'elle crée est purement conjoncturel et s'annule en totalité à la sortie de crise, le déficit structurel en sortie de crise sera tout de même supérieur au déficit structurel avant la crise, car le phénomène sous-jacent d'écart entre la croissance des dépenses et la croissance potentielle, continue de produire ses effets pendant la crise.

2.1. Définitions : activité potentielle et cycles

Le cadre d'analyse qui tente de faire la part du déficit des administrations publiques lié aux évolutions conjoncturelles et aux évolutions potentielles ou structurelles peut paraître de prime abord assez théorique.

Cette distinction est néanmoins déterminante pour la conduite des politiques publiques.

Il faut en effet se méfier de l'utilisation des termes « conjoncture économique » et « conjoncturel ». Car si les déficits actuels ont été creusés par un changement brutal – un retournement – de la conjoncture économique, lié à des événements extérieurs, ceux-ci peuvent avoir des effets durables, de nature « structurelle ».

Dans un numéro de novembre 2009 des cahiers de la Direction général du Trésor une étude approfondie est livrée sur la méthodologie et l'évaluation du solde structurel des administrations de sécurité sociale⁷. Evaluer le solde structurel, qu'il soit un déficit ou un excédent consiste à mesurer l'impact spontané du cycle économique sur l'équilibre des finances sociales.

C'est cette approche qui est retenue dans le Programme de qualité et d'efficacité (PQE) « Financement » annexé chaque année à la loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi l'indicateur n° 3 des données de cadrage de ce PQE portant sur le solde structurel des administrations de sécurité sociale est présenté ainsi : « *On définit le solde structurel des administrations de sécurité sociale (ASSO)⁸, comme leur besoin de financement corrigé des effets de la conjoncture. En effet, la position de l'économie dans le cycle a un impact sur le solde des ASSO : lorsque le niveau du PIB est inférieur à son niveau potentiel, un déficit de recettes sociales et fiscales et un surplus de dépenses, liées notamment à l'indemnisation du chômage, apparaissent ; au contraire, lorsque le PIB effectif est supérieur à son potentiel, on enregistre un surplus de recettes sociales et fiscales et des dépenses plus faibles.* »

Le maniement des notions de conjoncture et de croissance ou de PIB potentiel étant délicat, une clarification des concepts s'impose.

La distinction entre déficit structurel et déficit conjoncturel repose sur une modélisation du PIB. Celui-ci est décomposé en deux termes : le PIB potentiel et l'écart de production (*output gap*)⁹.

Il peut être estimé par plusieurs méthodes.

Elles peuvent être statistiques à partir de la tendance lissée ou segmentée.

⁷ *Le solde structurel des administrations de sécurité sociale : méthode et évaluation*, Emmanuel Bretin et Raphaël Soullignac, les Cahiers de la DGTPE, novembre 2009.

⁸ Les administrations de sécurité sociale comprises dans le champ des ASSO sont les régimes d'assurances sociales (régimes de base de sécurité sociale, assurance chômage, régimes de retraite complémentaire ainsi que certains fonds spéciaux concourant au financement des dépenses sociales) et les organismes dépendants des assurances sociales (essentiellement les établissements publics de santé).

⁹ Voir de façon générale sur cette question du PIB potentiel le dossier *PIB Potentiel et écart de PIB : quelques évaluations pour la France*, Notes d'études et de recherche, Mustapha Baghli, Carine Bouthevillain, Olivier De Bandt, Henri Fraisse, Hervé Le Bihan et Philippe Rousseaux Banque de France, juillet 2002.

Elles peuvent être « structurelles », à partir de modèles reprenant les fonctions de production qui relient le niveau de la production aux facteurs de production, travail et capital, à niveau de progrès technique donné¹⁰. Le PIB potentiel se définit alors comme le niveau de la production qu'il est possible d'atteindre sans tension sur l'économie (sans inflation importante, sans difficultés de recrutement). L'estimation du PIB potentiel nécessite les évaluations préalables, qui peuvent être délicates, du taux de chômage structurel (NAIRU) mais aussi du stock de capital et de sa productivité¹¹.

Dans le cas de l'estimation du PIB potentiel à partir d'une fonction de production, les calculs ne supposent pas *a priori* que la croissance potentielle soit égale à la tendance de croissance observée du PIB sur le long terme.

L'écart de production correspond à la différence entre les niveaux du PIB observé et du PIB potentiel. Il fournit une estimation de la composante cyclique du PIB. Dans cette modélisation, les chocs conjoncturels n'ont que des effets transitoires sur le niveau du PIB, c'est-à-dire que l'activité retrouve mécaniquement, sans intervention des politiques publiques, son niveau potentiel. Le PIB potentiel joue comme une force de rappel.

Le creux conjoncturel correspond donc à une période où le niveau du PIB observé est inférieur à celui du PIB potentiel, quelle que soit sa croissance (qui peut être supérieure à la croissance potentielle).

Le graphique page suivante illustre cette décomposition avec un PIB potentiel qui croît régulièrement.

¹⁰ Les fonctions de production peuvent être de différents types : fonction de production Cobb-Douglas, fonction de production CES, où les facteurs de production travail et capital sont substituables, fonctions de production où facteurs travail et capital sont complémentaires... Pour des estimations à long terme, il est supposé que les facteurs de production sont substituables. Pour des raisons de plus grande simplicité la fonction de Cobb-Douglas est la plus couramment choisie.

¹¹ Le taux de chômage structurel est le taux de chômage le plus bas qu'on puisse atteindre sans provoquer d'accélération de l'inflation. La notion de NAIRU (Non Accelerating Inflation Rate of Unemployment) est couramment utilisée comme référence mais reste controversée. Voir à ce sujet l'article *Estimation of a time varying NAIRU for France*, Delphine Irac, Note d'études et de recherche, Banque de France, juillet 2000.

Figure 11

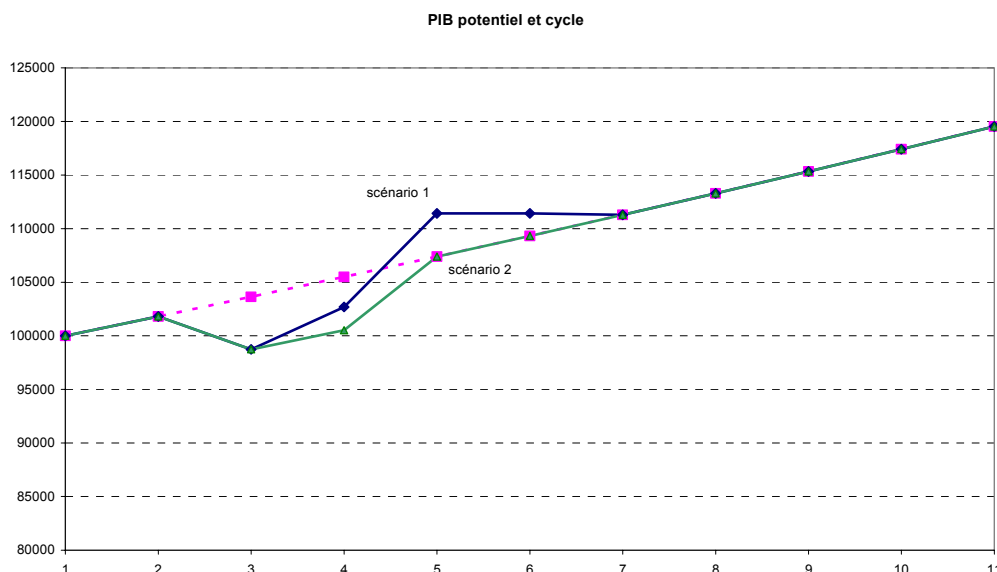


Diagramme de principe.

Le trait pointillé correspond à l'évolution potentielle du PIB, tandis que les traits pleins correspondent à deux scénarios de crise. La croissance potentielle est ici de 1,8 % par an.

Après deux années où elle évoluait selon sa croissance potentielle, l'économie connaît une crise. Le taux de croissance de l'agrégat s'infléchit beaucoup et le niveau du PIB observé devient inférieur à son niveau potentiel, creusant ainsi un écart de production négatif.

Dans le scénario 1, l'activité augmente la quatrième année à un rythme supérieur à la croissance potentielle sans toutefois que cela permette au PIB observé de rejoindre son niveau potentiel. Dans le scénario 2, moins favorable, l'économie croît la quatrième année au rythme potentiel.

Dans les deux scénarios théoriques présentés sur le graphique ci-dessus, « l'écart de production » (*output gap*) étant encore négatif en quatrième année, l'économie se situe toujours, cette année-là, dans un creux conjoncturel malgré une croissance relativement forte dans le premier scénario et conforme à sa croissance potentielle dans le second scénario.

Si l'on se place suffisamment longtemps après la crise, puisque le choc est strictement « conjoncturel », le PIB retrouve nécessairement son niveau potentiel.

En revanche, pour la période immédiate de sortie de crise, plusieurs scénarios sont possibles : la croissance peut fortement rebondir en compensation de la crise et le niveau du PIB peut dépasser temporairement son niveau potentiel (scénario 1) ; le PIB peut rejoindre son niveau potentiel sans sur-ajustement (scénario 2).

Dans les deux cas, le taux de croissance en sortie de crise est supérieur à celui de la croissance potentielle.

Dans le premier cas (scénario 1), un sur-ajustement du niveau de l'activité s'opère. Le PIB observé dépasse le PIB potentiel la cinquième et la sixième année ; l'économie est donc en phase haute de cycle. La croissance de la cinquième année est très supérieure à celle du PIB potentiel mais celle de la sixième année lui est inférieure. Enfin, la septième année, le niveau du PIB observé rejoint son niveau potentiel et l'économie est dite « à conjoncture neutre », l'écart de production étant nul.

Dans le second cas (scenario 2), le PIB observé rejoint son niveau potentiel la cinquième année sans sur-ajustement. Pour cela, il a fallu que le PIB croisse à un rythme plus rapide que sa croissance potentielle.

Ces deux scénarios ont des conséquences différentes sur le niveau cumulé de la production : les pertes de niveau d'activité enregistrées les 3^{ème} et 4^{ème} années ne sont pas du tout compensées dans le second scénario alors qu'elles le sont partiellement dans le premier.

L'hypothèse du choc purement conjoncturel peut toutefois être en partie remise en question.

Il est en effet possible que les fortes fluctuations – perçues dans un premier temps comme purement conjoncturelles – aient des effets permanents et donc, en partie au moins, structurels, sur l'activité, ce qui conduit à un niveau de PIB potentiel en sortie de crise inférieur à celui qu'on aurait eu en l'absence de crise.

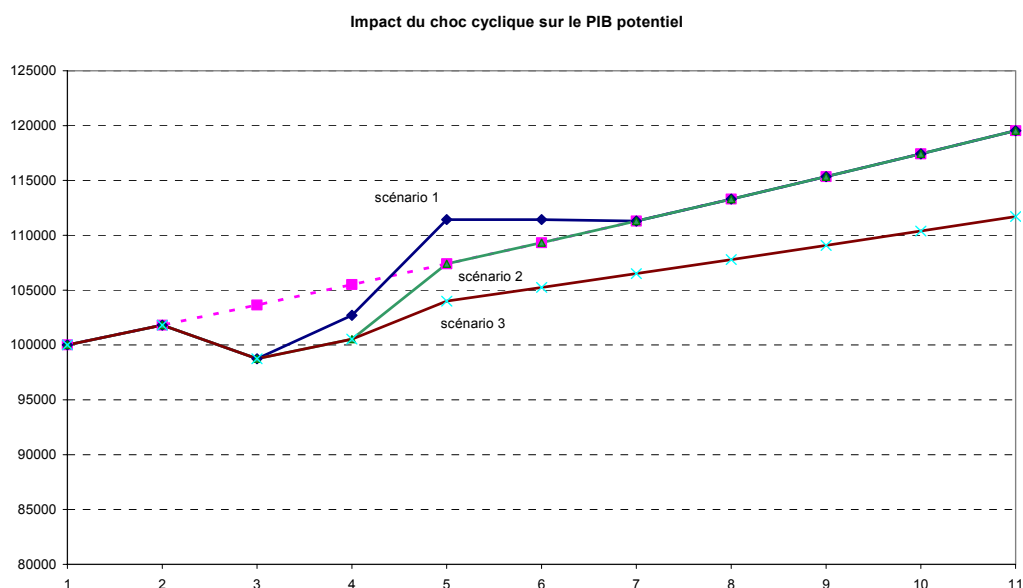
Par exemple, la crise peut conduire à éloigner durablement du marché du travail des personnes peu qualifiées en leur retirant des opportunités d'emploi et de qualification. Dans cette hypothèse, le chômage structurel s'élève. L'emploi potentiel et l'activité potentielle sont alors plus faibles que s'il n'y avait pas eu de crise.

Une fois le nouveau niveau de chômage atteint, l'évolution de l'emploi potentiel n'est pas modifiée par rapport à la situation sans crise et le PIB reprend son rythme de croissance antérieur, mais à partir d'un niveau plus bas.

Il peut aussi se produire que la croissance du PIB après la crise soit elle-même durablement infléchie.

Par exemple, la crise peut conduire à restreindre l'innovation. Le progrès technique s'en trouve durablement affecté et, du même coup, le rythme de croissance potentiel de l'économie se trouve réduit¹².

Figure 12



¹² Pour donner une illustration historique de cet effet d'inflexion structurelle sur la croissance, on peut rappeler qu'avant la crise qui a débuté par le choc pétrolier de 1974, la croissance potentielle s'établissait autour de 5% et qu'elle a nettement décroché ensuite, pour se situer autour de 2% dans les années 1980 et 1990.

Dans la figure ci-dessus, le scénario 3 illustre ces deux effets : l'économie rejoint la cinquième année son nouveau niveau potentiel, inférieur à celui du scénario 2, et augmente par la suite à un rythme infléchi.

Sur ce cadre d'analyse théorique apparemment simple, les estimations du PIB potentiel sont délicates et laissent une assez forte marge d'appréciation. En particulier, porter un diagnostic sur le PIB observé en sortie de crise sans connaître la suite de la chronique est extrêmement difficile : s'agit-il d'une année supplémentaire de creux de cycle ? A-t-on rejoint un niveau potentiel plus bas ? Ce n'est qu'avec du recul permettant d'observer les évolutions ultérieures du PIB que l'on peut vraiment porter un jugement.

2.2. Impact d'une crise sur le déficit conjoncturel et le déficit structurel de l'assurance maladie.

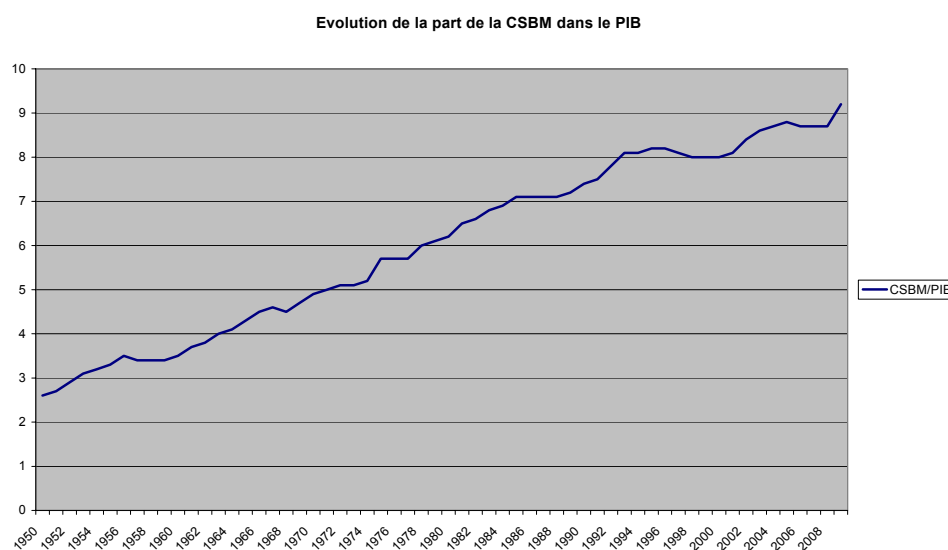
Pour présenter les choses simplement, on peut dire que trois éléments sont à prendre en compte : le déficit structurel qui pouvait être présent avant le déclenchement de la crise, l'impact propre à la crise permettant d'isoler le déficit conjoncturel, et l'évolution du déficit structurel à la sortie de la crise.

Le déficit structurel avant la crise

La présence d'un déficit structurel réside dans un niveau insuffisant de recettes pérennes par rapport au niveau des dépenses. Cette insuffisance peut provenir d'un écart « de base ». Mais elle peut également apparaître si durablement les dépenses augmentent plus rapidement que le PIB, qui retrace à long terme les évolutions des recettes.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la part de la CSBM dans le PIB depuis 1950. On y note une tendance de long terme de progression plus rapide de la CSBM que du PIB, même si des à coups peuvent être constatés certaines années où le PIB et la CSBM connaissent des évolutions très divergentes.

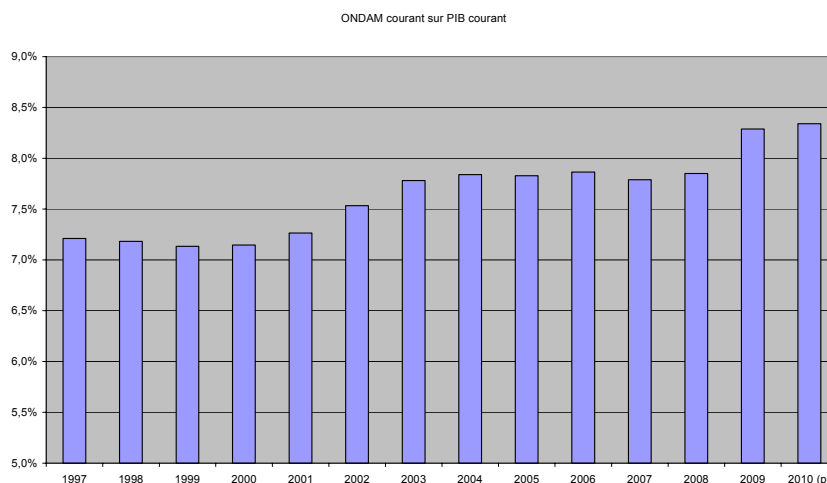
Figure 13



Source : DREES, comptes de la santé, série rétrospective.

Ce constat est également vrai pour la dépense remboursée par l'assurance maladie : le poids de l'ONDAM dans le PIB est passé de 7,2% en 1997 à 8,3% en 2010, alors même qu'il fait l'objet chaque année, comme on le verra plus loin, de mesures tendant à maîtriser sa croissance spontanée.

Figure 14

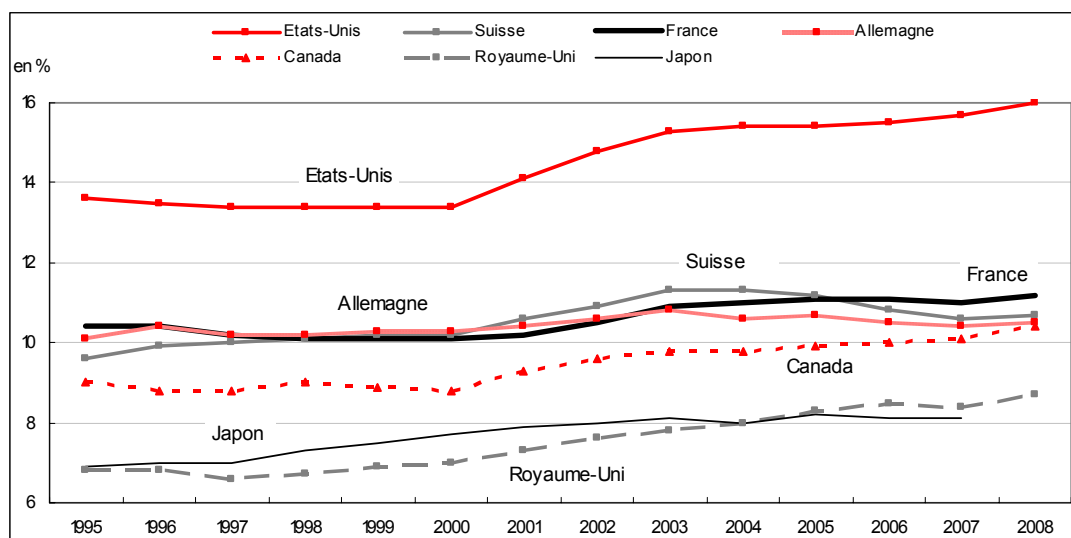


Source : DSS, INSEE

Par ailleurs, ce phénomène n'est pas propre à la France, et se retrouve dans la plupart des pays de l'OCDE, comme le montrent les deux figures ci-dessous.

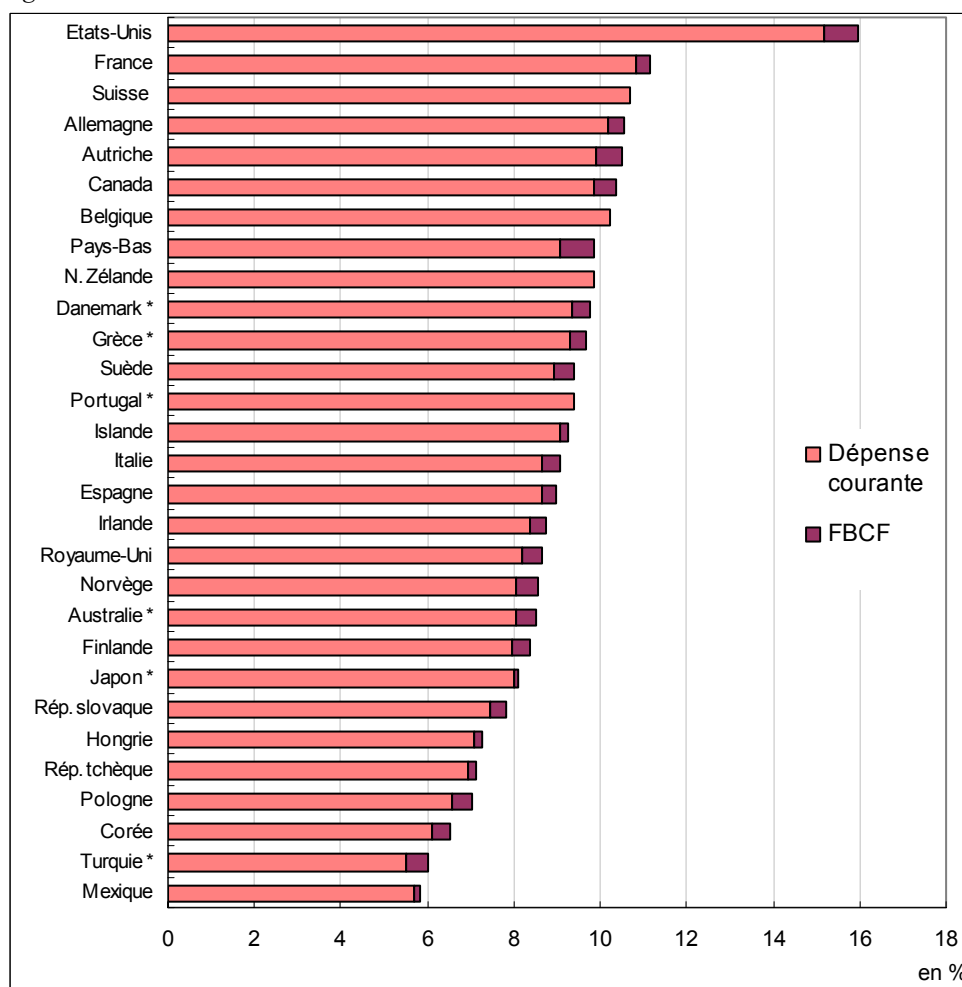
Figure 16

Évolution de la part de la dépense totale de santé dans le PIB entre 1995 et 2008



Sources : DREES, Comptes de la santé pour la France ; OCDE, Éco-santé 2010 pour les autres pays.

Figure 17



* valeurs 2007.

Ainsi que l'indique la Commission des comptes de la santé dans son rapport de septembre 2010, « les comparaisons entre pays doivent cependant être prises avec précaution car, malgré l'harmonisation des méthodologies au cours de ces dernières années, le traitement de certaines dépenses demeure assez variable d'un pays à l'autre, notamment celles liées au handicap et à la dépendance, ou à la formation brute de capital fixe (FBCF). En Suisse, en particulier, les dépenses en capital ne sont pas incluses dans les données présentées, ce qui sous-évalue sa position selon l'OCDE. »

Le déficit purement conjoncturel lié à la crise

A partir de l'observation du passé, on peut prendre des postulats sur l'élasticité des recettes et des dépenses au cycle et considérer par exemple que les dépenses sociales sont peu affectées par le cycle, hormis les dépenses d'assurance chômage et d'indemnités journalières. Ainsi, dans le cas de l'assurance maladie, les dépenses sont considérées comme à peu près indépendantes de la conjoncture alors que les recettes, assises essentiellement sur les revenus d'activité, sont très corrélées au cycle.

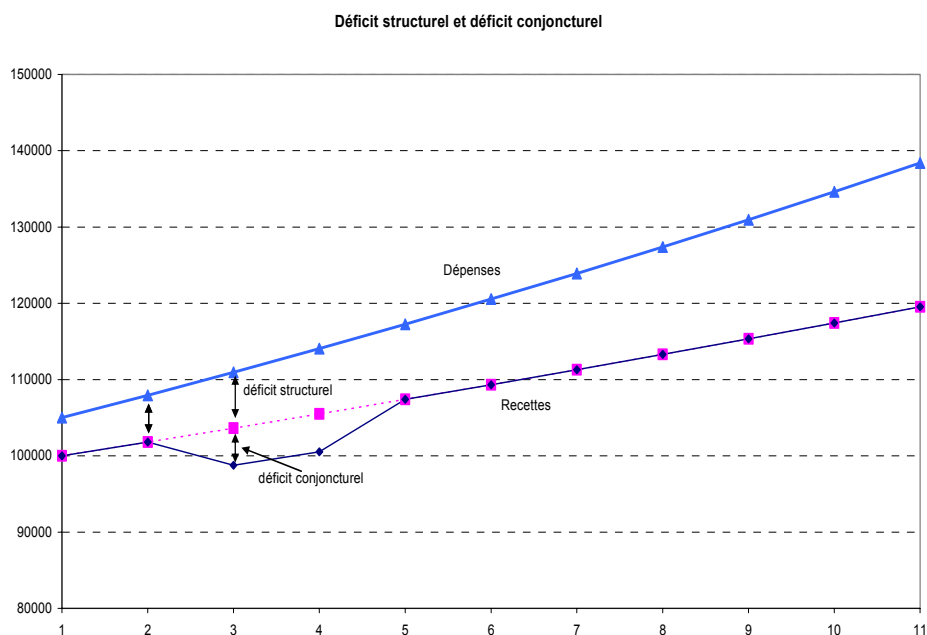
Les recettes subissent les évolutions défavorables du PIB tandis que les dépenses ne sont pas affectées. Il en découle l'apparition d'un déficit conjoncturel, qui correspond à l'écart entre les recettes observées et les recettes potentielles.

Si un déficit structurel était déjà présent avant le début de la crise, le déficit conjoncturel s'y ajoute.

Le graphique suivant retrace la situation où une crise uniquement conjoncturelle vient se greffer sur une situation préexistante de déficit structurel.

En période de crise (années 2 à 3), le déficit total s'accroît fortement. Cette dégradation résulte de deux phénomènes : la crise fait naturellement apparaître un déficit conjoncturel important et ce déficit s'ajoute au déficit structurel, qui poursuit lui-même sa croissance.

Figure 17



Par hypothèse, après la crise purement conjoncturelle, les recettes rejoignent leur niveau potentiel (= tel qu'il aurait dû être si rien ne s'était passé).

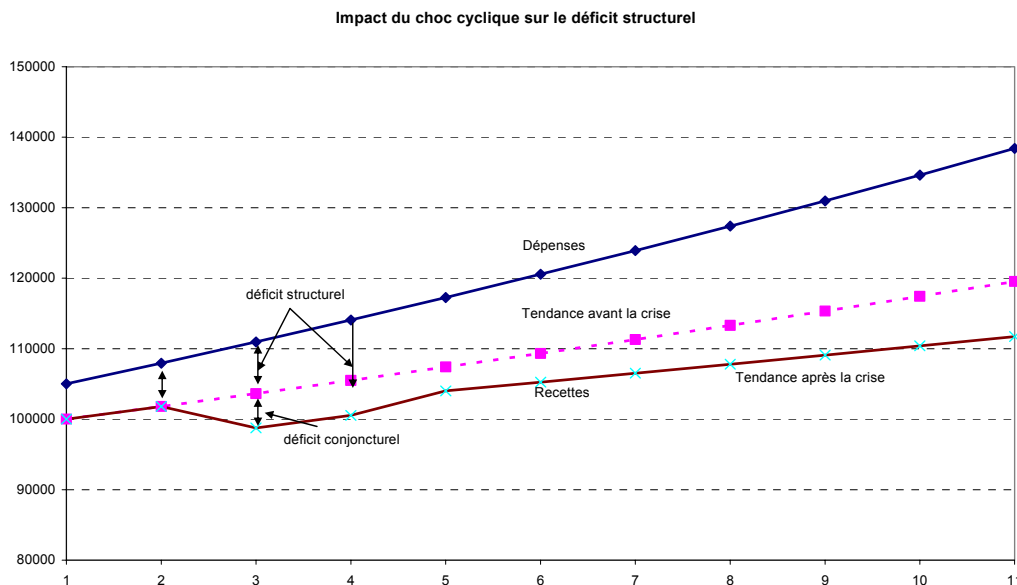
En sortie de crise (années 4 et suivantes), les recettes observées croissent ainsi, d'abord, à un rythme plus rapide que leur croissance potentielle, ce qui permet de rejoindre le niveau des recettes potentielles et donc d'annuler le déficit conjoncturel¹³. La dynamique du déficit structurel n'est pas modifiée : celui-ci continue de croître du fait du décalage des taux d'évolution à long terme des dépenses et des recettes. Indépendant de la crise, il n'est pas touché par le ralentissement conjoncturel.

Le déficit structurel après la crise

Comme on l'a dit plus haut, une crise « liée à la conjoncture économique » peut avoir aussi des effets durables – et donc : structurels - non seulement sur le niveau des recettes, mais aussi sur leur rythme de progression.

Dans cette hypothèse où la crise affaiblit à la fois le niveau et la croissance du PIB potentiel, le déficit total se réduit aussi après la crise du fait de la disparition du déficit conjoncturel mais le déficit structurel est plus important que s'il n'y avait pas eu de crise. L'effort de redressement est de ce fait plus important, et doit être fourni dans le cadre d'une économie moins dynamique.

Figure 18



Dans la pratique, il est difficile d'évaluer précisément les soldes conjoncturel et structurel car l'estimation de la croissance potentielle est délicate (basée sur des séries de long terme, ou sur une modélisation de la fonction globale de production).

¹³ Au cas où les recettes dépassent momentanément après la crise leur niveau tendanciel (scenario 1 des schémas précédents), le déficit conjoncturel laisserait d'abord la place à un excédent conjoncturel avant de s'annuler.

C'est en particulier le cas pour l'appréciation du retour ou non au niveau potentiel d'activité après la crise. Les différents organismes peuvent diverger sur ces estimations tout en utilisant le même cadre d'analyse.

Si aucune mesure jouant sur les évolutions tendanciennes des recettes et/ou des dépenses n'est prise, le déficit structurel augmente tous les ans. Au déficit structurel de début de période (écart en base), s'ajoute chaque année un nouveau déficit structurel dû à « l'écart de pente » entre les dépenses et les recettes.

On peut remédier à l'écart de niveau structurel à un moment donné entre les recettes et les dépenses soit par une augmentation pérenne (une fois pour toutes) du niveau de recettes soit par une réduction structurelle du niveau des dépenses¹⁴. Toutefois, s'il existe un écart structurel entre les pentes de progression des recettes et des dépenses, le déficit structurel se reforme progressivement par la suite. Pour y faire face, il convient d'infléchir la pente de progression soit des recettes, soit des dépenses, soit des deux.

2.3. Méthodes utilisées pour l'évaluation du déficit conjoncturel et du déficit structurel

Pour corriger l'impact du cycle économique sur les finances sociales, la Direction générale du Trésor utilise dans ses calculs différentes hypothèses d'*output gap*, l'une calculée par la direction (à partir d'une modélisation de la fonction de production), l'autre basée sur les analyses de la commission européenne. S'agissant de la mesure d'impact des effets propres à la crise sur les recettes et les dépenses, elle prend en compte le fait que les différents types de recettes et les dépenses sociales n'ont pas la même sensibilité (i.e. la même élasticité) aux variations du cycle économique.

La Cour des comptes dans ses rapports explique de la façon suivante la marche à suivre pour isoler la composante structurelle des déficits publics :

- estimation du PIB « potentiel », c'est-à-dire celui qui aurait été enregistré si, en l'absence de fluctuations de la conjoncture, la croissance avait toujours été égale à la croissance potentielle. Celle-ci est estimée entre 1,8% et 2% annuels en volume pour la France ;
- estimation du déficit « conjoncturel » qui résulte de cet écart entre les PIB constaté et PIB potentiel ;
- estimation du déficit structurel par différence entre le déficit effectif et le déficit conjoncturel.

Le PQE Financement calcule chaque année la variation du solde structurel des administrations de sécurité sociale qui, pour isoler la part de déficit liée à la conjoncture et donc à l'écart au PIB potentiel, reprend une méthodologie proche de celle de la Direction générale du trésor.

S'agissant de la série de PIB potentiel utilisée, de laquelle est déduit l'écart du PIB réalisé par rapport au PIB potentiel, il reprend l'évaluation de la Direction générale du trésor.

¹⁴ Plusieurs termes sont employés pour ce type d'opération conduite sur le niveau du solde structurel. On parle couramment de « rebasage ».

Méthodologie de calcul du solde structurel – PQE Financement

Pour le calcul du solde structurel, la première étape consiste à identifier les recettes et dépenses dont le niveau, toutes choses égales par ailleurs, est sensible à la conjoncture. On retient ici les prélèvements obligatoires, les dépenses d'indemnisation du chômage mais aussi les dépenses d'indemnités journalières qui sont directement liées à l'emploi et dont une partie des variations est donc pro-cyclique.

La deuxième étape consiste à déterminer l'impact de la conjoncture sur ces variables, impact mesuré par l'élasticité de ces dépenses à l'écart du PIB au PIB potentiel. Ainsi, à long terme, les prélèvements obligatoires réagissent avec une élasticité de 1 au PIB. A court terme, les estimations économétriques de l'OCDE suggèrent que les cotisations sociales sont plus inertes, avec une élasticité de l'ordre de 0,8. On suppose que les prélèvements obligatoires hors cotisations sociales réagissent avec une élasticité unitaire. On utilise les estimations de l'OCDE pour l'élasticité des dépenses d'indemnisation du chômage égale à - 3,3, tandis que l'élasticité des dépenses d'indemnités journalières a été estimée avec un décalage d'une année à + 3,1.

Ainsi, on en déduit la proportion des recettes et dépenses observées qui est due à la conjoncture : quand le PIB effectif est supérieur au PIB potentiel, le montant des prélèvements est plus élevé que son niveau structurel, le montant des dépenses chômage plus faible et celui des indemnités journalières relativement plus élevé. Cette composante conjoncturelle dépend de l'écart du PIB réalisé au PIB potentiel (l'output gap) et de l'élasticité de la variable au PIB. Ayant mesuré la composante conjoncturelle des dépenses et recettes, on en déduit le solde structurel par différence au solde observé.

CHAPITRE III

LA SITUATION DE L'ASSURANCE MALADIE

L'assurance maladie, malgré l'effort constant conduit au cours des années 2004-2008, est entrée dans la crise avec un déficit structurel qui restait important.

Or, contrairement à l'idée trop rapide qu'on en a parfois, lorsque l'économie aura refermé la « parenthèse » de la crise, et même si la croissance devait retrouver alors une tendance analogue à celle des années d'avant la crise (ce qui n'est pas acquis), il demeurera mécaniquement un certain nombre de conséquences ayant des effets pérennes.

La crise ne laissera pas seulement derrière elle « l'ardoise » de la dette conjoncturelle, accumulée pendant les années où l'économie aura décroché de sa croissance d'équilibre.

Elle nous confrontera aussi à un solde structurel aggravé, doublé d'une tension toujours aussi forte – et peut-être encore plus forte – entre le rythme spontané de croissance des dépenses d'assurance maladie et le rythme de croissance tendanciel de la richesse nationale.

3.1. La situation d'avant crise

La situation d'avant la crise se caractérise par une réduction du déficit structurel de l'ensemble du régime général, et notamment de l'assurance maladie.

S'agissant de l'assurance maladie, nonobstant la tension spontanée « *ex ante* » existant entre l'évolution des recettes et le tendanciel d'évolution des dépenses remboursées, la période 2004-2008 a été marquée par une meilleure maîtrise des dépenses « *ex post* », qui a nécessité de trouver chaque année entre 2 et 2,2 Md€ d'économies par rapport à une estimation de progression tendancielle des dépenses du champ de l'ONDAM comprise entre 4,2 et 5%.

Le PQE Financement annexé au PLFSS 2011 fait ainsi apparaître une amélioration continue du solde structurel des administrations de sécurité sociale de 2004 à 2008 : « *la période allant de 2004 à 2008 se traduit par une amélioration de la situation structurelle des régimes sociaux, plus marquée pour les ASSO que pour le régime général. Pour ce dernier, une meilleure maîtrise de l'ONDAM pour la branche maladie a été en partie compensée par une tendance à la dégradation structurelle de la branche vieillesse en raison de l'arrivée de classes plus nombreuses aux âges de la retraite et de la création de la possibilité de retraite anticipée pour carrière longue.* »

La Direction générale du Trésor estime de même¹⁵ que « *la période pré-crise (2004 à 2007), constitue globalement une période d'amélioration de la situation structurelle des régimes sociaux.* ». S'agissant de l'assurance maladie, elle estime que « *quelle que soit l'hypothèse d'output gap retenue (Direction générale du Trésor ou Commission européenne), la branche maladie connaît une amélioration sensible, en raison d'une meilleure maîtrise de l'ONDAM conjuguée à un apport de recettes.* ».

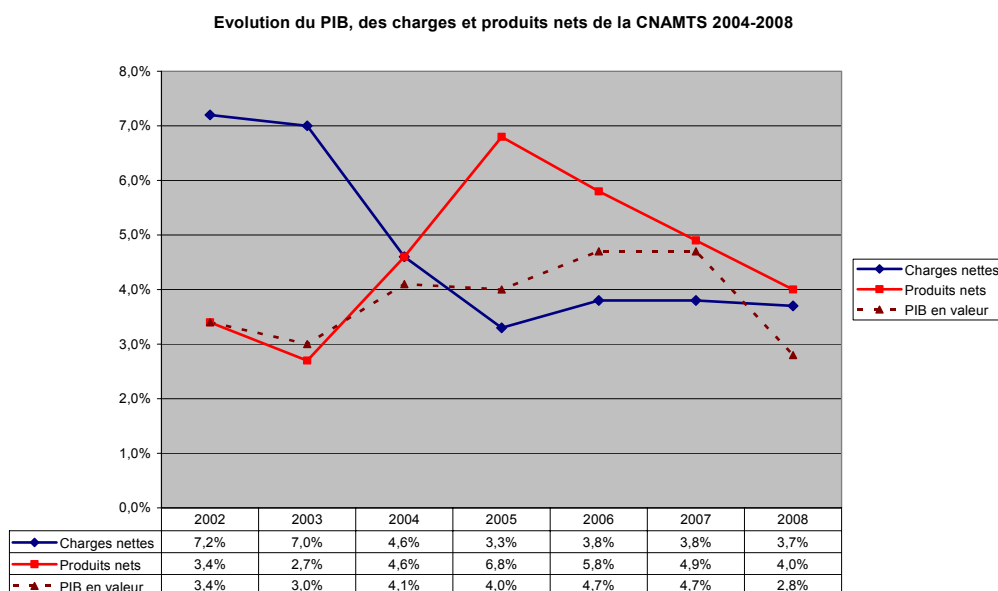
¹⁵ Cahiers de la DGTPE, novembre 2009, précité

La réduction du déficit de l'assurance maladie s'est appuyée durant cette période sur deux composantes :

- une meilleure maîtrise des dépenses remboursées qui a, grosso-modo, abouti à stabiliser le taux de prise en charge global, c'est-à-dire à faire évoluer la dépense remboursée à la même vitesse que la dépense totale (sa tendance spontanée étant d'évoluer plus vite) ;
- un effort sur les recettes, par l'apport chaque année de mesures nouvelles votées en PLFSS.

La figure 19 ci-dessous fait apparaître le schéma de redressement observé entre 2004 et 2008. En 2002 et 2003, les charges nettes de la CNAMTS maladie avaient progressé plus de deux fois plus vite que les produits nets et le PIB. A compter de 2005, la croissance des recettes est nettement supérieure au PIB, grâce à l'apport de recettes nouvelles chaque année, tandis que la progression des charges nettes est contenue en deçà du PIB.

Figure 19



Sources : rapports de la CCSS ; INSEE comptes nationaux.

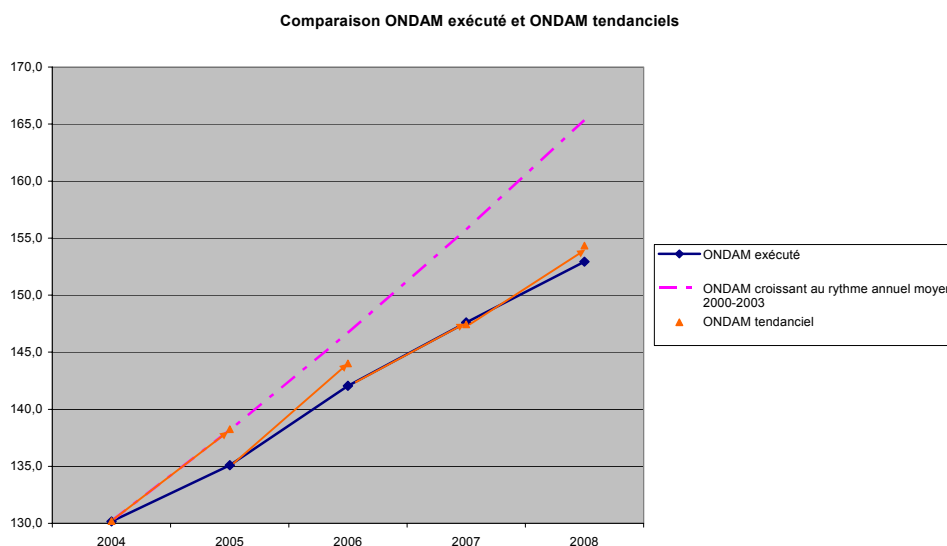
Les mesures de recettes pérennes décidées entre 2004 et 2008 au bénéfice des régimes obligatoires d'assurance maladie ont représenté de 5,4 Md€. ¹⁶

Mais la maîtrise de la progression des dépenses a également joué un rôle majeur dans la réduction du déficit des régimes obligatoires d'assurance maladie. On voit dans la figure ci-dessous que si les dépenses avaient continué à progresser entre 2004 et 2008, toutes choses égales par ailleurs, au même rythme qu'entre 2000 et 2003, les déficits auraient été beaucoup plus difficiles à combler.

¹⁶ Ces mesures nouvelles de recettes ont notamment porté sur l'assiette ou les modalités d'assujettissement aux prélèvements sociaux (contribution sociale généralisée, contribution sociale de solidarité des sociétés) pour environ 3,5 Md€, sur le niveau des droits sur le tabac et les alcools, pour environ 1,3 Md€ et sur les contributions de certains secteurs tels que l'industrie pharmaceutique ou les organismes complémentaires santé. Le détail des mesures prises depuis 2005 est présenté en annexe I.

Cet effort annuel d'économie¹⁷ apparaît nettement quand on compare les ONDAM exécutés par rapport au niveau de l'ONDAM « tendanciel » (c'est-à-dire celui qui, chaque année, se serait réalisé en l'absence de toute mesure).

Figure 20



Source : données DSS et CCSS. Retraitement : SG du HCAAM

La courbe en pointillé simule l'évolution théorique de l'ONDAM entre 2004 et 2008 si les dépenses y avaient progressé au même rythme qu'entre 2000 et 2003, toutes choses égales par ailleurs.

Les flèches orange font apparaître pour chaque année la prévision de progression spontanée des dépenses avant mesures d'économies nouvelles ou de provision pour dépense nouvelle, ayant servi de base chaque année à la construction de l'ONDAM.

Au total, si la réduction « comptable » du déficit (c'est-à-dire celle du déficit tel qu'il se mesurait comptablement en 2004) se chiffre à 6 Md€, l'effort « global » réalisé entre 2004 et 2008 (c'est-à-dire par rapport à ce qu'aurait été le déficit de 2008 si l'on avait laissé les dépenses évoluer sur leur pente spontanée) peut, lui, être estimé dans une fourchette de 10 à 12 Md€. Par rapport à cette référence plus large, les contributions des mesures de recettes nouvelles et de mesures de maîtrise des dépenses sont donc à peu près égales.

Pour autant, ces efforts n'ont pas permis de résorber complètement le déficit structurel de l'assurance maladie. Ainsi, on peut estimer que la CNAMTS est entrée dans la crise avec un déficit de 4 Mds € dont une large partie – on a avancé la proportion des trois quarts – était de nature structurelle. La période de croissance 2004-2007 (+2,2% par an de croissance en moyenne du PIB en volume) n'a non seulement pas été l'occasion de constituer des réserves, mais elle n'a aussi pas permis de résorber intégralement son déficit structurel¹⁸.

¹⁷ Les mesures d'économies ont notamment consisté en un plan de baisse de prix ciblées des médicaments (environ 930 M€ sur 2005 - 2008) et des tarifs de certains professionnels, des économies de maîtrise médicalisée, un effort d'efficience des établissements de santé et de mesures concernant les assurés sur les taux de remboursements (notamment des médicaments à service médical rendu insuffisant, pour 600 M€) ou le montant du forfait journalier hospitalier (pour environ 400 M€).

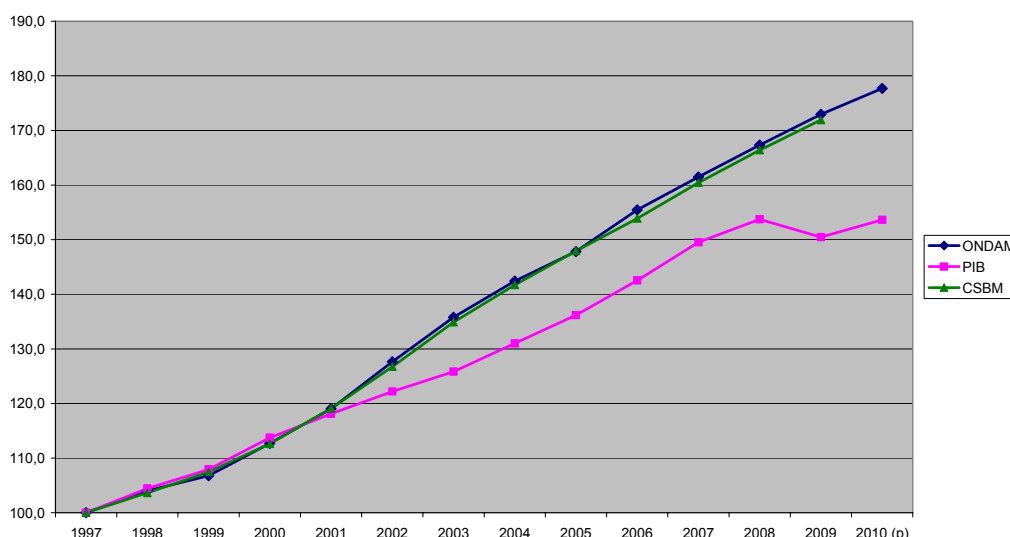
¹⁸ L'analyse de la CCSS dans son rapport d'octobre 2009 pour l'ensemble du régime général allait plus loin sur la part structurelle du déficit : « Lorsque la récession survient, au 2^{ème} trimestre 2008, le déficit que porte le régime général, voisin de 10 Md€ en 2007, peut être considéré comme intégralement structurel : il subsiste en effet après trois années de conjoncture favorable caractérisées par une croissance de la masse salariale d'environ 4,5% par an, légèrement supérieure à son rythme tendanciel (4,1% par an) ».

Et cette considération vaut encore au-delà du régime général : comme le note la Cour des comptes dans son rapport de juin 2010 : « Le déficit structurel [de l'ensemble des administrations publiques] représentait déjà 3,7 points de PIB en 2007 (...) ce qui tient à l'incapacité de la France à maîtriser ses finances publiques depuis 30 ans ».

On constate sur le schéma ci-dessous, sur une période de 14 ans, un écart s'est creusé entre la croissance de l'ONDAM et celle du PIB dans la période 2001-2004, et que s'il ne s'est pas accentué entre 2004 et 2008, il n'a pas pour autant été corrigé malgré les années de meilleure maîtrise des dépenses.

Figure 21

Evolution comparée du PIB, de l'ONDAM et de la CSBM en valeur, présentée en base 100 à partir de l'année 1997.



Source : DSS, INSEE Comptes nationaux, DREES Comptes de la santé.
Retraitement : secrétariat général du HCAAM

En revanche, on doit noter que, sur toutes ces années, les progressions de l'ONDAM et de la CSBM sont très proches. **La non-résorption du déficit structurel tient donc en partie à ce que l'assurance maladie a, globalement, fait le choix de très bien « accompagner » la forte croissance spontanée de la dépense de santé, ces quatorze dernières années.**

3.2. L'impact de la crise : un effondrement des recettes et – au-delà du déficit conjoncturel – une dégradation du déficit structurel

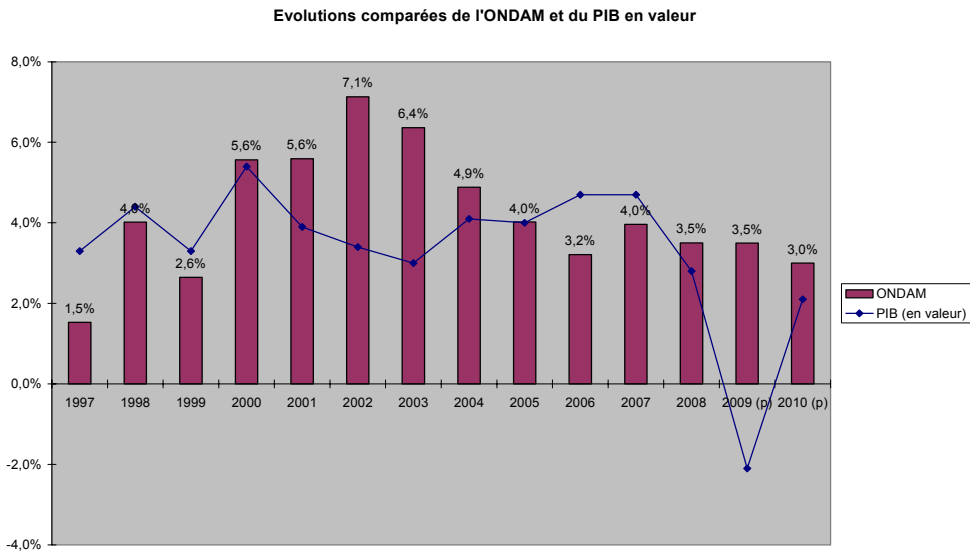
a) Un effondrement sans précédent des recettes

S'agissant de l'assurance maladie comme de l'ensemble de la sécurité sociale, la cause de l'explosion du déficit entre 2008 et 2009 est liée à la forte diminution des recettes et non à un dérapage des dépenses. La progression des charges sur le champ de l'ONDAM a ainsi été limitée à 3,7 % par an en moyenne depuis 2005.

Sur le champ de l'ensemble des dépenses maladie de la CNAMTS, la progression a été limitée à 3,7% en 2008 et 3,5% en 2009.

En revanche, l'augmentation des recettes a ralenti dès 2008 à +4,0%, pour plonger en 2009 à -0,7 %. La masse salariale du secteur privé champ URSSAF devrait connaître en 2010 une croissance de +2,0%, au lieu de la diminution qu'on craignait, mais cela reste faible.

Figure 22

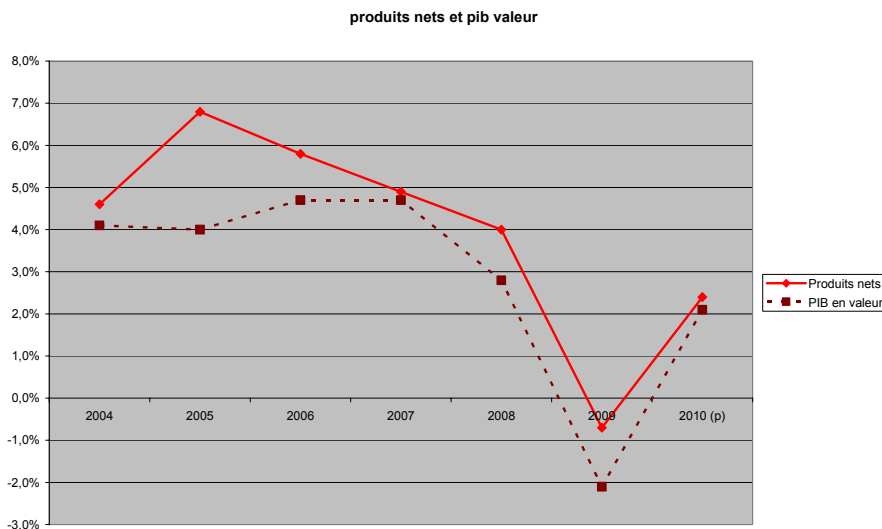


Sources : données des rapports de la CCSS, INSEE

Ainsi que le note la Commission des comptes de la sécurité sociale dans l'avant-propos au rapport de juin 2010 : « En deux ans, les dépenses se seront accrues d'environ 7 % contre seulement 1,5 % pour les recettes. Cet écart d'évolution de 5,5 points, s'appliquant à des montants de l'ordre de 300 Md€, explique le creusement du déficit du régime général. »

On mesure bien sur le graphique ci-dessous l'impact de la perte de recettes pour le régime général de l'assurance maladie.

Figure 23



Source : DSS, INSEE Comptes nationaux

On constate en premier lieu un décalage entre les inflexions de la croissance du PIB en valeur et celles des recettes nettes de l'assurance maladie. Ainsi, en 2008, on observe une pente de dégradation plus rapide de la croissance du PIB en valeur que des recettes. Ce décalage explique pourquoi on a connu en 2008 une simple stabilisation du déficit de l'assurance maladie, au lieu de son augmentation. A compter de 2009, tant le PIB que les produits nets de la CNAMTS diminuent en valeur.

b) Une dégradation du déficit structurel

Dans son rapport de juin 2010 sur la situation et les perspectives des finances publiques, la Cour des comptes reprend son analyse des composantes conjoncturelles et structurelles du déficit public enregistré en 2009 et prévisionnel pour 2010. Son constat global est que le déficit constaté en 2009 pour l'ensemble des administrations publiques, 145,8 Md€ de déficit soit 7,5% du PIB, est largement structurel, et que ce solde structurel va en s'aggravant.

Il est plus difficile d'appréhender le déficit structurel d'une seule composante des administrations publiques¹⁹.

Comme on l'a vu en 3.1., la situation d'avant la crise se caractérise par une réduction du déficit de l'ensemble du régime général.

S'agissant des solde des administrations de sécurité sociale, le PQE annexé au PLFSS 2011 estimait que *« le solde structurel suit deux évolutions différentes selon que l'on observe les ASSO (dégradation de 0,3 point) ou le régime général (stabilisation) : cet écart s'explique notamment par la reprise de dette du régime général par la CADES. Cette opération se solde en effet par une baisse des charges financières supportées par le régime général »*.

Le PQE ne livre pas d'analyse par branche du régime général. En 2009, les auteurs de l'article des cahiers de la DGTPE estimaient que *« par caisse, on constate que ce sont la CNAM et la CNAV qui enregistrent les déficits structurels les plus importants »*. Selon leurs calculs, la part du déficit structurel dans le déficit total de la CNAMTS maladie était d'environ 80% (3,5 Md€ sur 4,5 Md€) en 2008.

En raison de la croissance de la part conjoncturelle du déficit de la CNAMTS, la Direction générale du Trésor estime aujourd'hui que la part du solde structurel de la CNAMTS se situait, en 2009, à environ la moitié du solde total de 10,4 Mds€.

Comme indiqué au chapitre II, ce creusement du déficit structurel peut combiner deux causes distinctes : la reprise du creusement du déficit structurel « d'avant-crise », et la possibilité que la crise ait un impact durable, tant sur le niveau du PIB potentiel que sur son rythme de croissance.

La Cour des comptes semble accrédi ter cette hypothèse. Dans son rapport de juin 2010, elle estime qu' *« à la fin de 2010, le niveau du PIB pourrait être environ 6 points au-dessous de celui qu'il aurait atteint si la croissance s'était poursuivie à ce rythme potentiel de 2008 à 2010. Si cette perte de production correspondait à une fluctuation normale de l'activité, elle serait récupérée au cours des prochaines années et une croissance de 2,8 % par an pourrait, par exemple, être attendue pendant six ans, avant un nouveau ralentissement. Cependant, cette crise a été exceptionnelle et il ne s'agit pas d'une fluctuation habituelle. L'analyse des crises financières intervenues dans le passé montre qu'elles ont d'importants effets irréversibles sur l'activité. L'hypothèse la plus probable est que la perte de production enregistrée pendant la crise sera seulement en partie récupérée et que la croissance potentielle sera durablement affaiblie »*.

¹⁹ Comme le note le PQE Financement, *« l'indicateur de solde structurel, dont des évaluations sont déjà couramment réalisées pour l'ensemble des administrations publiques (APU), doit être interprété avec plus de prudence lorsqu'il est calculé sur un sous-secteur isolé des administrations publiques. En effet, certains éléments, comme les transferts entre administrations publiques, peuvent peser sur le solde structurel d'un sous-secteur, alors qu'ils sont neutres sur l'ensemble des APU. »*

Comme le résume la Cour des comptes, « *ce qui a été perdu ne se rattrapera que très partiellement* ».

3.3. Les hypothèses macroéconomiques sur les déficits des années à venir : un rebond conjoncturel, une incertitude sur la croissance de long terme

Les années 2012 et 2013 se solderont par un déficit toujours important, mais dont le montant dépend du scénario de retour à l'équilibre qui sera retenu *in fine*.

La prévision d'évolution tendancielle (avant toute mesure nouvelle de recette) du solde de la CNAMTS annexée au PLFSS 2011 s'appuie sur une prévision de progression du PIB en volume de +2,5% sur la période 2012-2014, identique à celle retenue dans le projet de loi de programmation des finances publiques²⁰ et dans le programme de stabilité annexé au projet de loi de finances pour 2011²¹.

La représentation graphique ci-dessous, établie à partir des données de cadrage de l'annexe B au PLFSS 2011 fait apparaître les effets de la crise : décrochage entre les produits et les charges nettes, qui crée un important déficit conjoncturel, décalage « en base » entre les produits et les charges.

A l'horizon qu'il considère, et compte tenu des options prises sur le taux prévisionnel d'évolution de l'ONDAM, ce scénario fait apparaître un relatif resserrement entre l'évolution des recettes et celle des dépenses : à la faveur du « rebond cyclique » de sortie de crise, les recettes croissent plus vite que les dépenses telles qu'elles sont maîtrisées, et le déficit se réduit progressivement sur la période 2009 – 2014.

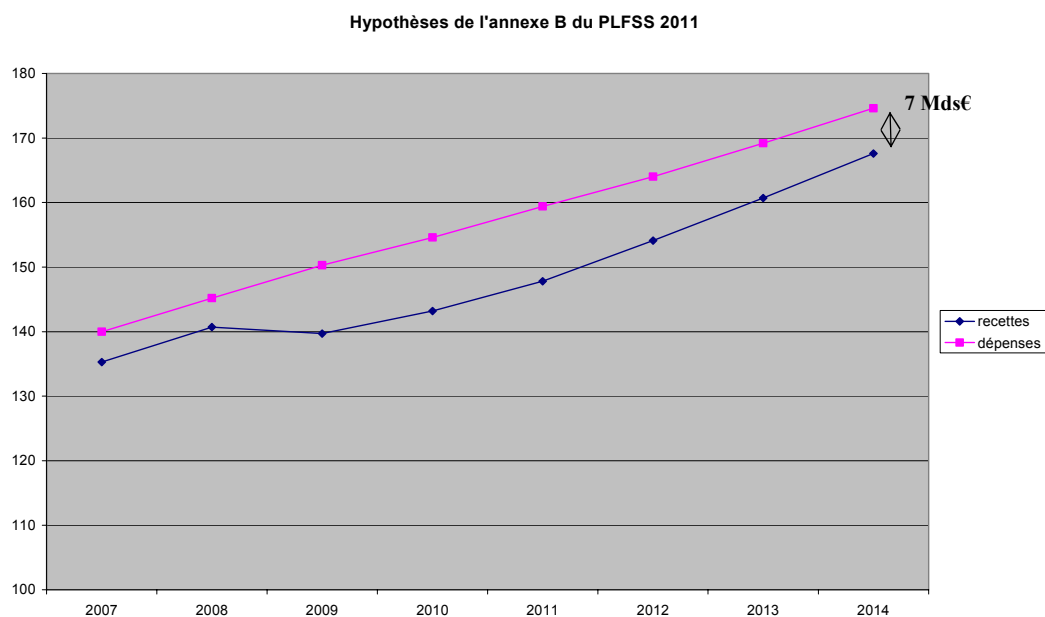
La période 2012 – 2014 correspond ainsi à la période de rattrapage post-crise, avec l'hypothèse d'un PIB réel croissant plus vite que le PIB potentiel²².

²⁰ Projet enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 septembre 2010.

²¹ Ce scénario est décrit ainsi : « *L'emploi et la masse salariale du secteur privé, principale assiette des recettes de la Sécurité sociale, suivraient la reprise de l'activité économique avec un certain décalage en 2010 et 2011, puis rattraperait une partie de son retard sur le PIB à partir de 2012 : la masse salariale du champ ACOSS progresserait en valeur de 2,0 % en 2010 et de 2,9 % en 2011, puis de 4,5 % de 2012 à 2014, soit un quart de point de croissance de plus que le PIB durant ces trois années.* ». Il est présenté comme « réaliste en ce qu'il traduit un rattrapage très partiel des pertes considérables de croissance enregistrées en 2009 et au cours de la première partie de l'année 2010. »

²² Le rapport de programmation du projet de loi de programmation des finances publiques cité ci-dessus indique ainsi : « *Le scénario économique de la programmation pluriannuelle retient une hypothèse de croissance de 2,5% par an en 2012-2014 : elle est un peu supérieure à la croissance potentielle, ce qui est normal en sortie de crise (...) Mais cette hypothèse reste prudente pour tenir compte de l'incertitude sur le niveau d'activité potentiel : ainsi l'activité ne rejoindrait pas encore son niveau potentiel en 2014* ». Dans le cadrage retenu, la croissance potentielle moyenne serait de 1,8% sur 2009 – 2014. Elle rejoindrait ensuite son niveau potentiel d'avant la crise (2%).

Figure 24



Source : PLFSS 2011 – Retraitement : secrétariat général du HCAAM

Toutefois, comme on le voit, malgré cette hypothèse favorable, ce rattrapage n'est que partiel à l'horizon considéré : appuyée sur une hypothèse de progression de la masse salariale de +4,5% et de l'ONDAM de +2,8%, l'annexe B du PLFSS 2011 présente des soldes prévisionnels de l'assurance maladie de -9,9 Md€ en 2012, de -8,5 Md€ en 2013 et d'environ -7 Mds en 2014.

La sensibilité de ces prévisions au taux de progression du PIB est à souligner : ainsi, un demi-point de croissance moyenne annuelle en moins (soit 2% par an au lieu de 2,5%) majorerait le déficit 2014 d'un peu plus de 2 Mds €.

En outre, s'il peut rester à cet horizon une part conjoncturelle du déficit (car les recettes de l'assurance maladie ne seront vraisemblablement pas encore revenues à leur équilibre de long terme) il demeurera, pour une part très prépondérante, un important déficit structurel.

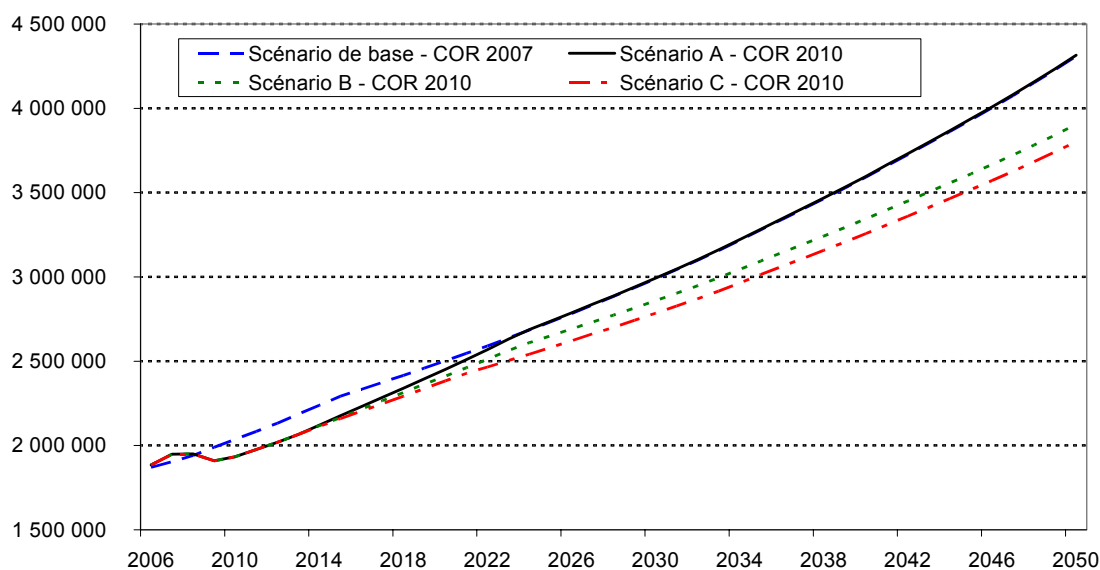
Sur le plus long terme, parmi les exercices de prospective actuellement disponibles, on peut notamment s'appuyer sur les trois scénarios retenus en avril 2010 par le Conseil d'orientation des retraites, sur la base de travaux conduits par la Direction générale du Trésor.

Comme le notait le COR²³ « Sans prétendre couvrir tout le champ des possibles, les trois scénarios retenus sont apparus suffisamment diversifiés pour justifier des discussions de politique économique et pouvoir exprimer des visions différentes sur la sortie de crise. »

²³ Conseil d'orientation des retraites, Huitième rapport, 14 avril 2010, p.10.

Evolution du PIB dans les trois scénarios du COR d'avril 2010 (A, B, C) rapprochés du scénario « de base » du COR de 2007.

Figure 25



Les trois scénarios diffèrent par les hypothèses de long terme sur la productivité du travail et le taux de chômage.

Dans le scénario A, le taux de croissance annuel de la productivité du travail est de 1,8% à long terme, soit l'évolution moyenne constatée entre 1991 et 2007.

Dans les scénarios B et C, le taux de croissance annuel de la productivité du travail est de 1,5% à long terme, soit l'évolution moyenne observée depuis le début des années 2000 jusqu'au déclenchement de la crise qui entraîne une chute de productivité.

Les scénarios B et C diffèrent par le taux de chômage de long terme (4,5% dans le scénario B, 7% dans le scénario C).

On note que, dans les différents scénarios, l'économie retourne à son équilibre de long terme à un horizon assez lointain, après 2020. A cette date, seul le scénario A rejoint la trajectoire du PIB potentiel « d'avant la crise » (correspondant au scénario « de 2007 »). Dans les autres scénarios, le PIB potentiel d'après la crise présente, par rapport à la croissance potentielle antérieure, un « écart en base » et un « écart de pente ».

Le COR retient une évolution de long terme du PIB en volume variant, selon les hypothèses, entre 1,6% et 1,9%.

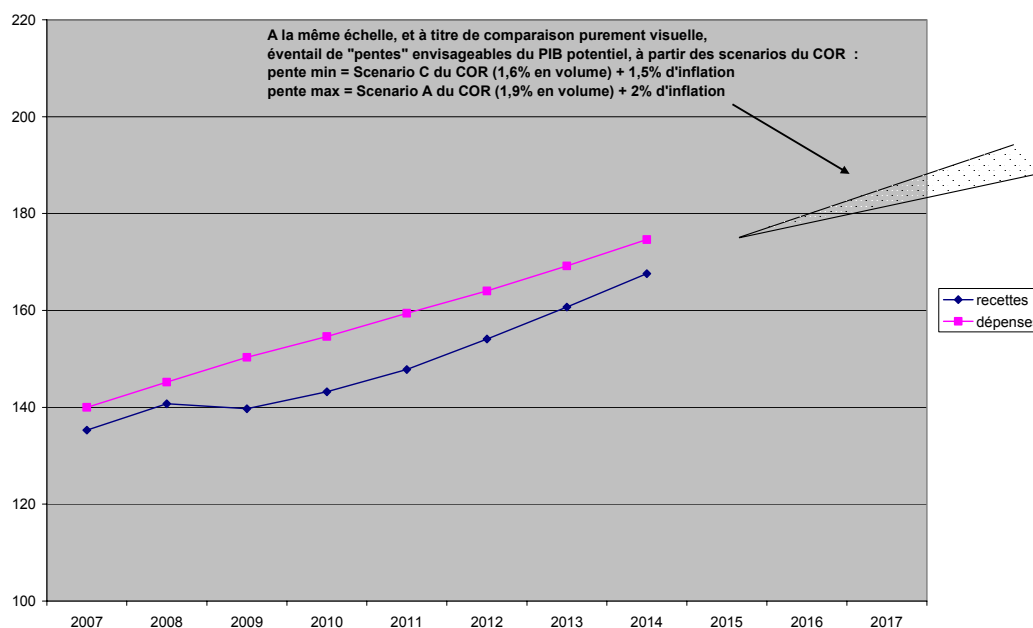
Ce niveau de long terme est inférieur à celui retenu dans le cadrage macro-économique du PLF et du PLFSS 2011 (PIB en volume de + 2,5%) : cela est cohérent avec le fait que le PIB bénéficie actuellement d'un effet de « rebond cyclique ».

En revanche, on doit noter que, quel que soit le scénario, la croissance potentielle ne rejoint pas exactement le niveau de la croissance potentielle d'avant la crise (assez couramment estimé à 2%²⁴).

²⁴ Voir notamment l'estimation de la Commission européenne (Scénarios de l'Ageing report 2009) ; voir aussi P. Champsaur et JP Cotis (avril 2010, « Rapport sur la situation des finances publiques »). Deux des trois scénarios de l'Ageing report retiennent d'ailleurs une croissance potentielle « d'après crise » très nettement inférieure à la croissance potentielle « d'avant crise ».

Figure 26

Reprise de la figure 24 avec représentation à titre d'illustration purement visuelle, à la même échelle, des différents scénarios du COR :



Cela renvoie au fait que la réduction de l'écart de pente entre les dépenses et les recettes d'assurance maladie, liée au « rebond » de sortie de crise, a de sérieuses chances d'être suivie, sur le moyen-long terme, d'un retour aggravé de la tension qui existait avant la crise entre les taux d'évolution des recettes et dépenses de l'assurance maladie, en raison d'une croissance moins dynamique.

Plusieurs membres du Haut conseil ont attiré l'attention sur le fait que la croissance des dépenses de santé pouvait contribuer à une élévation du niveau du PIB potentiel et donc apporter des recettes supplémentaires.

Quand elles permettent l'amélioration de l'état de santé de la population, la contribution positive des dépenses de santé à la croissance de l'économie n'est pas douteuse²⁵, tant par la capacité de travail des personnes maintenues en bonne santé que par ce qu'elles représentent en termes d'emplois et d'innovations techniques²⁶. La question est plus complexe si l'on veut tenir compte aussi des effets économiques de l'augmentation simultanée des prélèvements obligatoires consacrés à l'assurance maladie.

Le HCAAM retient ainsi la nécessité d'inscrire à son programme de travail un état des lieux des connaissances sur les liens entre croissance et dépenses de santé.

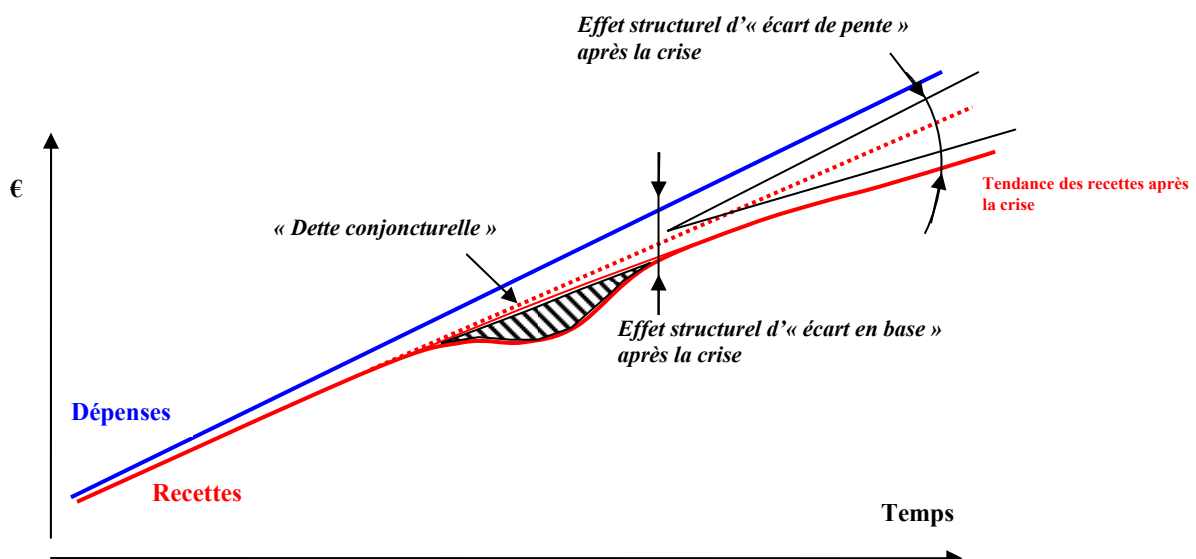
²⁵Brigitte Dormont et alii (2009) « Les dépenses de santé : une augmentation salutaire ? », collection du CEPREMAP, éditions ENS rue d'Ulm ; Agnès Bocognano - Nadine Raffy-Pihan, « La valeur ajoutée du champ de la santé Evolution 1984-1993 », CREDES, 1997

²⁶ Dans le rapport de la Commission pour la libération de la croissance française d'octobre 2010, la santé figure dans les exemples « de secteurs pouvant nourrir la croissance d'un pays du niveau de la France ».

Au total, quels que soient les paramètres et le poids relatif des différents effets conjoncturels et structurels, les conséquences de la crise pour l'assurance maladie sont triples, et on peut les résumer d'une phrase : **les dépenses qui n'ont pas été couvertes pendant la crise devront être remboursées ; mais en plus, on devra repartir d'un niveau plus bas, à un rythme qui risque d'être plus faible.**

Ce qui signifie qu'il faudra apporter la réponse à trois questions différentes – même si elles sont liées entre elles :

- le remboursement de la « *dette conjoncturelle* », dont le montant va dépendre de l'importance du déficit conjoncturel et de la vitesse à laquelle il se résorbe.
- la correction, en sortie de crise, de l'effet structurel d'« *écart en base* ».
- et surtout la correction de l'effet structurel d'« *écart de pente* » entre les dépenses d'assurance maladie et le PIB revenu à son niveau de croissance potentielle.



3.4. La résorption des dettes nées du déficit conjoncturel : la nécessité de reprises de dette

La gestion des déficits liés à la crise ne peut se faire durablement en trésorerie, sauf à gonfler démesurément les frais financiers de la sécurité sociale et augmenter plus encore le plafond d'emprunt de l'ACOSS. Seule une opération de reprise de dette permet de solder ces déficits.

La dernière opération de reprise de dette ne couvrait pas les déficits 2009 et 2010, et *a fortiori* pas ceux attendus pour les années suivantes. La loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale²⁷ prévoit ainsi :

- Un apport de ressources nouvelles, à hauteur de 3,2 Md€ à partir de 2011 ;

²⁷ Au sens des déficits cumulés des différentes branches du régime général de sécurité sociale et du FSV.

- Un allongement de la durée de la CADES de quatre années, l'achèvement du remboursement de la dette sociale étant désormais prévu en 2025 ;
- Une mobilisation des ressources et des actifs du Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Pour la maladie, il est prévu après adoption de la loi organique de procéder aux reprises de dette des années 2009 et 2010 et, par anticipation, de la dette 2011 de la branche maladie. Cette opération a été conduite dans le cadre du PLFSS pour 2011.

Il va de soi que ce dispositif, qui couvre par avance le déficit anticipé de 2011, ne préjuge pas des mécanismes de reprise de dette qui auraient à être mis en place au-delà de cet horizon.

3.5. La résorption du déficit structurel : priorité absolue aux réformes touchant à l'organisation des soins.

Le « défi du déficit » présente ainsi, **s'agissant du déficit structurel, deux aspects qui s'additionnent :**

- la réduction de « l'écart en base » :

Le niveau d'ores-et-déjà très élevé du déficit courant exige qu'on le corrige à un horizon relativement bref. En effet, même s'il comporte, pour partie, une part conjoncturelle appelée à disparaître, sa disparition doit être suffisamment rapide pour ne pas créer chaque année une accumulation de dette supplémentaire.

- l'action sur « l'écart de pente » :

Le redressement conjoncturel de la croissance qui doit normalement accompagner les années de « sortie de crise » ne doit pas faire illusion : l'écart de croissance entre l'évolution spontanée des dépenses et l'évolution potentielle du PIB, présent avant la crise, ne se corrigera pas spontanément et peut même se trouver aggravé par celle-ci.

Or c'est lui qui représente la véritable menace sur l'équilibre durable de notre système.

C'est à l'aune de ce double défi que doit s'examiner l'éventail des outils mobilisables.

a) L'action sur les recettes

Comme on l'a vu en partie 3.1., ce sont un peu plus de 5 Md€ de recettes nouvelles qui ont été affectées aux régimes obligatoires de base sur la période 2004-2008.

Dès lors, pour le déficit actuel, compte tenu de ce que le choc financier est un choc de recettes, il apparaît impossible de faire l'impasse sur la contribution de mesures de recettes à la réduction de « l'écart en base ». Cela s'inscrirait d'ailleurs dans la continuité des principes qui ont conduit au redressement de la période 2004 – 2008.

Pour autant, l'action sur les recettes ne saurait à l'évidence constituer une réponse à elle seule.

En effet, si tout l'effort de correction de « l'écart en base » (dont le montant dépend du moment où intervient la correction, mais dont on a vu qu'il se situe, entre 2012 et 2014, de 7 à 10 Md€) devait provenir d'une mesure de recette, celle-ci serait à la fois :

- tout à fait substantielle (pour l'illustrer, on peut apprécier l'impact qu'aurait une reprise de 7 Mds€ sur l'assiette principale de l'assurance maladie qu'est aujourd'hui la masse salariale : ce montant ne représente environ qu'un pour cent de la masse salariale, mais cela équivaut concrètement à une hausse de prélèvements de plus de 300 € par an sur le salaire moyen à temps plein).

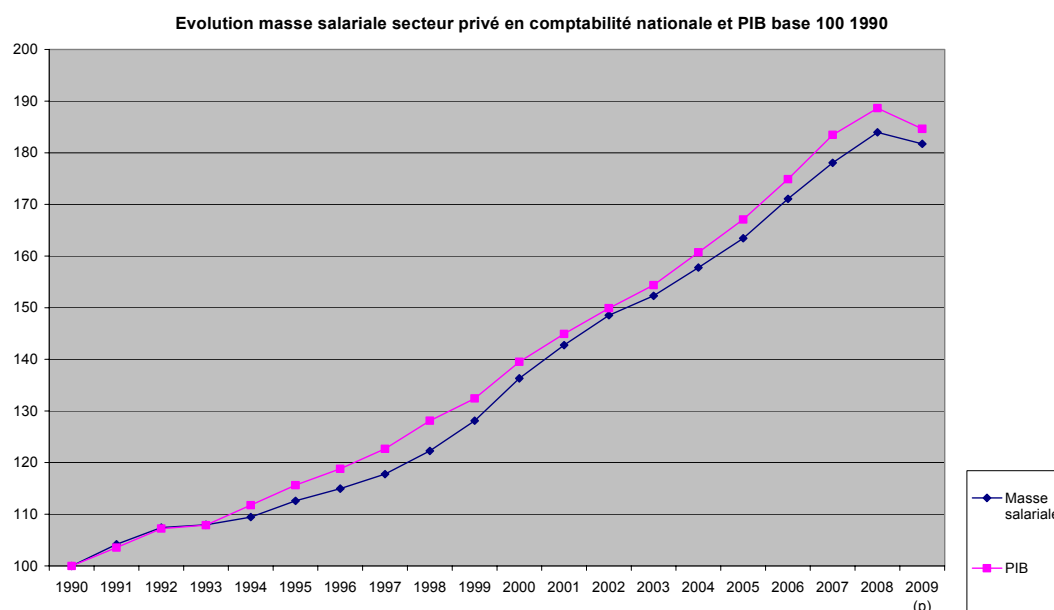
- évidemment particulièrement difficile dans le double contexte de forts déficits publics – et donc de forte compétition sur toute ressource publique nouvelle – et de redémarrage progressif de l'économie.

- et venant de surcroît s'ajouter à la hausse d'ores-et-déjà inévitable des prélèvements destinés à couvrir, pendant d'assez nombreuses années, l'amortissement de la dette qui est ou sera transférée à la CADES.

Mais surtout, et c'est un point décisif, **une action qui ne se concentre que sur les recettes n'apporte pas une réponse globale à « l'écart de pente », c'est-à-dire à l'écart de croissance entre dépenses et recettes, sauf à devoir être réitérée perpétuellement, au fur et à mesure que le déficit se recrée.**

La masse salariale – qui sert aujourd'hui d'assiette à plus des trois quarts des recettes de l'assurance maladie – a, depuis une vingtaine d'années, une progression extrêmement proche de celle du PIB. Les prélèvements qui financent l'assurance maladie sont donc calés, pour l'essentiel, sur la croissance de la richesse nationale. Même si certaines années, l'assiette de tel prélèvement ou de la masse salariale peut dépasser celle du PIB, les taux de progression se rapprochent sur longue période.

Figure 27



Source : INSEE.

Masse salariale dite « EB-EP » qui recouvre le cumul des rémunérations brutes des salariés (hors cotisations patronales) des secteurs marchands de l'économie.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Progression Masse salariale	7,0%	4,2%	3,1%	0,5%	1,4%	2,9%	2,1%	2,4%	3,8%	4,8%
Progression PIB	5,4%	3,6%	3,5%	0,6%	3,6%	3,5%	2,7%	3,3%	4,4%	3,3%

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (p)
Progression Masse salariale	6,4%	4,7%	4,0%	2,5%	3,6%	3,6%	4,7%	4,1%	3,3%	-1,2%
Progression PIB	5,4%	3,9%	3,4%	3,0%	4,1%	4,0%	4,7%	4,9%	2,8%	-2,1%

La question de la « bonne » assiette des recettes de l'assurance maladie et de son impact économique – question que le Haut conseil n'a pas entendu aborder dans le présent rapport – reste un important sujet à débattre. **Mais on ne pourra pas s'en tenir à une question d'assiette de prélèvement, ou de choix de tel ou tel type de recette plus ou moins dynamique ou favorable à l'emploi.**

Car si la croissance des ressources publiques consacrées à l'assurance maladie doit être toujours confrontée à celle de la richesse nationale (mesurée par le PIB), c'est en raison d'une contrainte plus essentielle, liée à une loi absolue du partage de la richesse collective (c'est-à-dire du produit de l'ensemble des prélèvements obligatoires) entre les différentes fonctions d'utilité collective : l'assurance maladie n'en étant qu'une parmi beaucoup d'autres, qu'il est évidemment inutile de citer.

Les dépenses de santé remboursées ne peuvent, sur la longue période, croître plus vite que le PIB que si l'on accepte, soit une croissance des prélèvements obligatoires plus rapide que celle du PIB, assortie de l'affectation prioritaire à l'assurance maladie de ce supplément de recettes, soit, par un jeu de compensation, une croissance moins forte que le PIB pour une ou plusieurs autres fonctions d'utilité collective.

La réflexion à conduire sur le financement de l'assurance maladie et sur les choix structurels de recettes durables qui en découlent ne pourra donc pas faire l'économie d'un débat sur les priorités au sein des dépenses publiques.

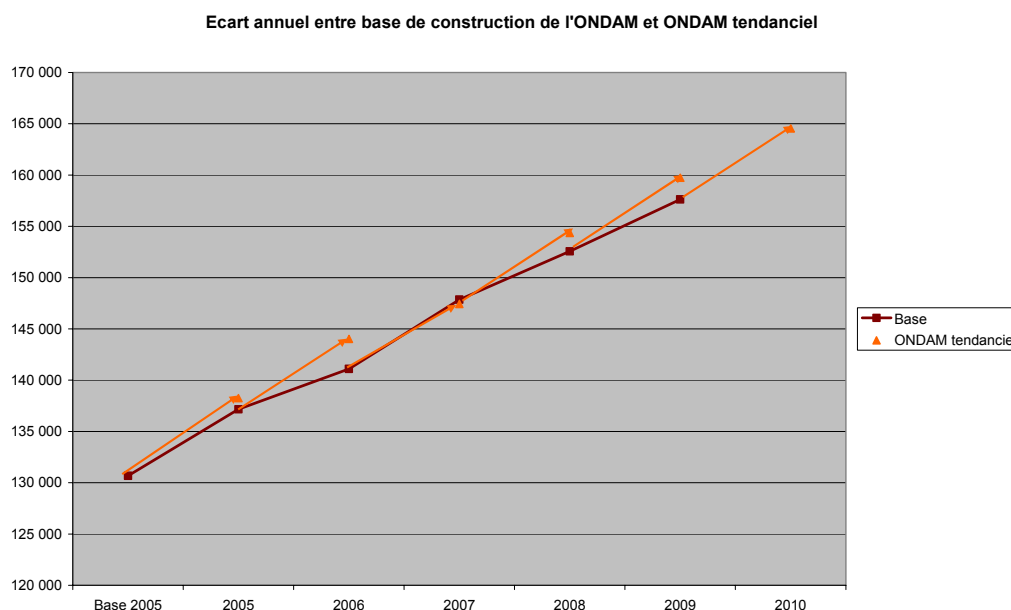
Et pour cela – c'est la condition de l'acceptabilité de tout effort financier, et la conviction que le Haut conseil entend exprimer dans le présent rapport – il convient de se donner réellement les moyens de rendre le système de soins le plus efficient possible.

b) L'action sur les tarifs et les règles de prise en charge

Le HCAAM a déjà noté à plusieurs reprises que les leviers d'actions sur les dépenses, via les tarifs et les taux de remboursements, sont eux aussi régulièrement mobilisés pour combler le différentiel entre le taux de progression spontané des dépenses du champ remboursable et celui de l'ONDAM voté par le Parlement (voir partie I chapitre 2 *supra*).

Ainsi, depuis 2005, ce sont de 2 Md€ à 2,2 Md€ de mesures qui sont présentées chaque année au moment du PLFSS pour contenir la progression des dépenses des caisses au niveau de l'objectif imparti.

Figure 28



	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Base n+1	130,7	137,2	141,1	147,9	152,6	157,6
ONDAM tendanciel	138,3	144,0	147,4	154,4	159,7	164,6
ONDAM voté	134,9	140,7	144,8	152,0	157,6	162,4

Source : PLFSS, annexes 7 ; retraitement HCAAM.

Les flèches oranges indiquent la « tendance » spontanée de progression des dépenses de l'année N, telle qu'elle est estimée à partir de la « base » de cette même année.

Les « bases » successives (trait brun) correspondent à l'ONDAM exécuté en N-1, à l'exception des dépenses exceptionnelles ou non pérennes et des changements de périmètre de l'ONDAM. Sur ces bases sont appliqués les taux de progression tendanciels des dépenses avant mesures nouvelles d'économies²⁸.

²⁸ L'année 2007 est particulière : l'ONDAM voté pour 2007 était nettement inférieur au tendanciel de l'année, mais cet ONDAM a ensuite été réalisé avec un fort dépassement. Il a donc finalement été exécuté à un niveau proche de ce tendanciel.

Comme on le voit, ces économies ne sont pas réalisées par rapport à la dépense existante (jamais l'ONDAM n'a depuis sa création enregistré un taux de croissance négatif !) mais par rapport à une tendance potentielle estimée.

Il ne semble guère envisageable de renoncer par principe à ce type de mesure dans le contexte actuel. Il s'y rattache au demeurant toute une série d'ajustements qui font partie des processus de bonne gestion, et qui seront donc toujours nécessaires : appréciation à porter de manière continue sur le service médical rendu des actes et des produits, gains de productivité dans certains champs du système de soins, chute de brevets de médicaments et prescription dans le répertoire etc.

Le Haut Conseil considère toutefois que ces mesures ne peuvent en aucune façon représenter l'instrument du comblement global et durable du déficit :

- D'une part, elles ne sauraient à elles seules combler le déficit structurel « en base » sans bouleverser les équilibres du système. (Pour fixer les idées, 7 Mds€ représentent, en ordre de grandeur, le tiers de la dépense remboursée de médicaments, ou les trois quarts de l'exonération du ticket modérateur pour les personnes en ALD, et à peine moins que le total de la dépense remboursée par le régime général pour les actes et consultations de l'ensemble des médecins spécialistes...).

- D'autre part et surtout, un tel bouleversement n'apporterait de surcroît aucune réponse sérieuse à la vraie question, qui est celle de la dynamique des dépenses.

En tout état de cause, même lorsqu'elles sont prises au titre de l'ajustement courant de bonne gestion, les mesures portant sur des tarifs ou des conditions de remboursement doivent faire l'objet d'une appréciation très attentive, non seulement en termes de sincérité strictement budgétaire, comme le préconise le rapport du groupe de travail présidé par Raoul Briet²⁹, mais aussi – autant qu'il est possible – en termes d'impact concret sur la délivrance et l'accessibilité des soins. Sinon, **le risque est important qu'elles apparaissent, en raison de leur caractère inévitablement récurrent, comme un « grignotage » progressif du système de prise en charge.**

C'est à cette préoccupation que se rattachent les travaux du Haut Conseil relatifs à la constitution d'un ensemble d'indicateurs constitutifs d'un « tableau de bord » de suivi du système d'assurance maladie.

Il s'agit en effet – dans la ligne de ce que préconisait déjà le rapport du Haut Conseil de 2004 – de ne pas figer tous les paramètres de prise en charge afin de conserver une capacité de gestion dynamique du système, mais tout en veillant à mesurer l'impact de chaque décision, pour le maintien des principes de solidarité qui permettent l'accès à des soins de qualité pour tous.

²⁹ Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, avril 2010.

c) Les mesures visant, sans porter atteinte à la qualité des soins, à corriger certaines causes structurelles de progression des dépenses

Des mesures de recettes nouvelles et d'action directe sur les dépenses seront vraisemblablement – dans une combinaison qui fait l'objet d'appréciations divergentes et dont le Haut conseil n'a pas débattu pour le présent rapport – appelées à contribuer à la correction de certains aspects du déficit structurel (réduction de « l'écart en base »).

Mais le vrai sujet est ailleurs.

Car, ainsi qu'on l'a déjà dit, ce n'est pas en changeant la clé de financement ou les règles de remboursement qu'on peut apporter une réponse sérieuse à la vraie cause du déficit structurel de l'assurance maladie : l'écart structurel de croissance entre les dépenses d'assurance maladie et l'évolution de la richesse nationale.

Tout en consolidant le processus de rééquilibrage conjoncturel des années de sortie de crise, il faut engager sans délai les actions qui corrigent en profondeur – c'est-à-dire réduisent autant qu'il est possible – toutes les causes de cet écart structurel qui n'ont pas de justification médicale ou soignante.

Le véritable défi reste en somme celui de « l'avant-crise », que cette dernière ne fait que renforcer : il faut penser d'autres organisations du système de soins.

Dans son rapport de 2004 sous-titré : « L'urgence d'un redressement par la qualité », le Haut Conseil, face à un déficit des comptes du même niveau que celui d'aujourd'hui, avait formulé son analyse en ces termes :

« Si l'action simultanée sur plusieurs leviers doit évidemment être envisagée, il faut, au tout premier ordre, faire porter des efforts résolus sur la maîtrise des dépenses injustifiées et l'optimisation de l'offre de soins, seuls à même de desserrer l'étau financier et d'apporter des solutions durables à l'équilibre du système »³⁰.

Ce diagnostic reste fondamentalement valable.

Depuis le premier rapport du HCAAM de janvier 2004, tant du côté du ministère de la santé que de l'UNCAM³¹ et de l'UNOCAM³², c'est au travers de mesures structurelles menées sur plusieurs années que l'équilibre durable des comptes de l'assurance maladie est prioritairement recherché.

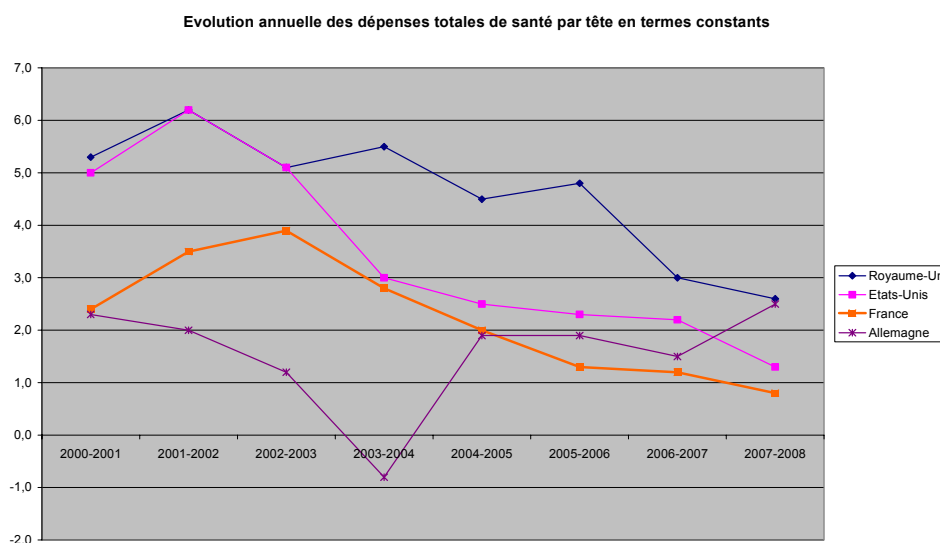
³⁰Premier rapport du HCAAM, La Documentation française, 2004, p.11.

³¹Rapport charges et produits pour 2011, juillet 2010.

³² Propositions de l'UNOCAM pour le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011, juin 2010.

D'importants pays de l'OCDE, dont la France, sont d'ailleurs parvenus à contenir la progression des dépenses totales de santé par tête depuis une dizaine d'années³³ :

Figure 29



Source : ECO Santé 2010, OCDE

Dans le même sens, le Haut Conseil a eu à plusieurs reprises l'occasion de montrer que, par bien des aspects, notre système de soins n'utilise pas ses ressources humaines et financières de la manière la plus performante. Il estime que c'est par là qu'on peut agir utilement sur cet écart de croissance pour le réduire sans porter atteinte à la qualité des soins.

Il n'est certes pas possible d'affirmer que toutes ces marges de manœuvre sont également et aisément mobilisables, ni qu'elles seront toujours de taille à corriger ou à compenser, sur le long terme, tous les autres facteurs qui expliquent l'écart de croissance entre la dépense de santé et le PIB. Une réflexion d'ensemble s'impose et s'imposera donc toujours sur le montant de ressources publiques à consacrer à la santé.

Mais un des préalables pour que cette réflexion d'ensemble soit bien posée est d'enregistrer des progrès radicaux dans l'organisation des soins, en faveur d'un plus "juste recours" à l'hôpital - qui doit être subsidiaire au regard des soins de premier recours - et plus largement pour améliorer certains des "cheminement" complexes au sein du système de soins, que la chronicité de leur pathologie impose trop souvent aux malades.

Ces progrès devront en outre, par une réflexion ambitieuse, intégrer les perspectives que ne manqueront pas d'ouvrir les innovations techniques, diagnostiques et thérapeutiques, dans les

³³ Ainsi que l'exprime l'OCDE dans une note préparatoire à la réunion ministérielle de 7 et 8 octobre 2010 : « Les responsables publics doivent veiller à ce que les dépenses de santé procurent le meilleur rendement possible pour l'effort consenti. Certains éléments indiquent effectivement que les dépenses de santé deviennent plus efficaces (...) Mais il y a encore beaucoup de choses à améliorer. L'amélioration de la coordination des soins, le recours à une médecine fondée sur l'observation des faits et l'évaluation des nouvelles technologies, la rémunération des prestataires en fonction de la qualité du service fourni, sont autant de pistes qui pourraient aider à rendre les systèmes de santé non seulement plus efficaces sur le plan clinique mais aussi plus efficaces au regard de leur coût. »

prochaines années. Certaines sont en effet susceptibles de fortement bousculer l'organisation des soins.

Sur ces différents points, qui s'ajoutent sans s'y substituer à l'effort de bonne gestion du risque « maladie », le Haut conseil exprime sa conviction qu'un volume conséquent d'économies d'effet durable pourrait être dégagé sans porter atteinte à la qualité des soins et même en l'améliorant.

Le meilleur exemple en est donné par l'amélioration possible des « parcours » de prise en charge des personnes très âgées, poly-pathologiques et fragiles.

Dans son rapport d'avril 2010 sur les dépenses liées au vieillissement, dont l'avis figure en annexe du présent rapport, le Haut conseil note ainsi que : *« Tout comme chaque acte soignant peut être très bien effectué mais au sein d'une succession d'actes qui n'est pas optimale, il peut se produire qu'un professionnel ou une institution soit rémunéré de manière juste pour l'intervention qui est la sienne, mais dans le cadre d'une prise en charge d'ensemble dont le coût n'est pas optimisé ».*

L'équilibre durable des comptes de l'assurance maladie passe ainsi, impérativement, par une organisation territoriale qui favorise la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle, et qui inscrive le soin dans une logique de santé globale, l'acte curatif et l'acte technique étant intégrés à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux.

Il faut ainsi s'attacher à mobiliser l'ensemble des ressources publiques consacrées à la santé : prévention, éducation thérapeutique, santé au travail, médecine scolaire.

Mais il faut également pouvoir faire intervenir toutes les dépenses publiques, y compris non strictement « soignantes », qui peuvent concourir « à l'extérieur » de l'assurance maladie à l'amélioration de l'efficacité de la dépense de soins. Le Haut conseil rappelle ainsi les termes de son avis sur les dépenses liées au vieillissement :

« L'optimisation de la dépense de soins au grand âge (...) ne pourra pas se faire dans le seul cadre de la couverture de la dépense de soins (...). Le Haut conseil estime qu'un meilleur accompagnement de la perte d'autonomie – besoin spécifique et distinct du soin – est susceptible de constituer un puissant levier d'efficacité de la dépense d'assurance maladie. A la condition bien sûr que ses modalités d'engagement soient conçues en complémentarité étroite avec la réponse aux besoins de soins, et sans rupture dans la continuité des financements. »

Dans la suite de cet avis et des travaux du présent rapport annuel, le HCAAM entend ainsi contribuer, dès 2011, à la réflexion sur la prise en charge de la perte d'autonomie, sujet étroitement en lien avec celui des dépenses de l'assurance maladie.

Le Haut conseil a conscience de ce que les mesures les plus structurantes ont besoin de plus de temps que les autres car elles obéissent à des mécanismes plus lents et qu'elles entraînent des transformations dont on ne doit pas se cacher qu'elles seront exigeantes (changements dans les pratiques, transformation de structures nécessitant des réorganisations, nouveaux modèles économiques pour certains offreurs de soins, évolution des métiers ...), Elles peuvent conduire à des réévaluations de capacités, à la reconsidération du bien fondé de certains investissements passés. Elles doivent mobiliser dans leur conception et leur déploiement la participation active des assurés, des professionnels et des institutions.

C'est la raison pour laquelle, face à l'exigence d'un redressement rapide du déficit courant de l'assurance maladie – actuellement, c'est presque un mois de dépenses par an qui n'est pas couvert par les recettes de l'année – il est nécessaire de s'inscrire dans différentes temporalités.

Des mesures du redressement des comptes resteront nécessaires à court terme : rétablir le niveau des recettes, mieux orienter les remboursements sur les soins les plus efficaces et les plus utiles, agir sur les prix³⁴.

Mais en même temps, dans un contexte de forte et parfois rapide mutation des technologies médicales, les actions structurantes sur le système de soins doivent être amplifiées sans délai pour produire aussi vite que possible leur plein effet, en tirant profit de ce que, du fait de l'acquis fondamental de la création des ARS, certains délais incompressibles de mise en place institutionnelle sont déjà pour partie derrière nous.

Une action efficace et structurante sur le système de santé, est, aux yeux du Haut conseil, la seule manière de rendre soutenable tout effort de dépenses publiques à consacrer à la croissance des dépenses d'assurance maladie. Vecteur de meilleure qualité - et non de rationnement - des soins, cet effort doit être mené en recherchant la plus grande adhésion de tous.

Sur cette base, et dans le prolongement de l'opportunité que constitue la création des ARS, **le Haut conseil a inscrit à son programme de travail une réflexion sur l'efficience et le « juste soin » dans l'articulation – autour de cheminements cohérents dans le système de soins – des interventions des professionnels libéraux, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, intégrant les modes de rémunération des actes.**

Ces travaux du HCAAM débuteront après l'adoption du présent rapport.

—

³⁴ Toute action sur les prix devant intégrer une vision globale de son impact sur la croissance économique.

ANNEXES

ANNEXE 1 : PRESENTATION DES COMPTES p. 53

**ANNEXE 2 : PRESENTATION DE L'AVIS VIEILLISSEMENT, LONGEVITE
ET ASSURANCE MALADIE D'AVRIL 2010 ET COMPLEMENTS** p. 65

CHAPITRE I : L'avis Vieillessement p. 67

CHAPITRE II : Synthèse des préconisations p. 81

CHAPITRE III Compléments et éléments d'actualité p. 91

ANNEXE 1

PRESENTATION DES COMPTES

1.1. Les soldes

En 2009, le déficit de la CNAMTS s'est établi à 10,6Md€, en augmentation de 6,2Md€ par rapport à 2008. Le déficit de l'ensemble des régimes de base d'assurance maladie est de 10,4 Md€, en progression de 6,3 Md€ par rapport à 2008.

Pour l'année 2010, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) prévoyait la poursuite de cette dégradation, avec un déficit de 14,5Md€ pour l'ensemble des régimes de base.

La Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2010 a corrigé ces prévisions à la baisse, avec une révision du déficit de la branche maladie du régime général, à -11,5Md€, et -11,3 Md€ pour l'ensemble des régimes de base.

Cette moindre dégradation trouve notamment son origine dans une contraction moins forte que prévu de la masse salariale.

Tableau 1 - Soldes de la branche maladie (régimes de base et FFIPSA)

<i>En milliards d'euros</i>	2004	2005	2006	2007	2008	2009	LFSS 2010	Prévision CCSS sept 2010
Régime général	-11,6	-8,0	-5,9	-4,6	-4,4	-10,6	-14,5	- 11,5
Ensemble des régimes de base	-11,6	-8,1	-5,8	-5,0	-4,1	-10,4	-14,5	-11,3
FFIPSA, part maladie	-	-0,85	-0,7	-1,2	-1,4	-	-	-
Ensemble régimes de base et FFIPSA	-11,6	-8,9	-6,5	-6,2	-5,5	-10,4	-14,5	-11,3

Sources : DSS-SDEPF/6A pour les années 2004 à 2009, LFSS pour 2010 et annexe 8 du PLFSS 2010.

1.2 Les dépenses

a) Les dépenses du champ de l'ONDAM

a1) Evolution de la dépense sur le champ de l'ONDAM

Les prévisions d'exécution de dépassement de l'ONDAM 2009 ont fluctué assez fortement entre octobre 2009 et septembre 2010.

En octobre 2009, la prévision de dépassement de l'ONDAM 2009 était de 300 millions d'euros, soit une progression des dépenses de +3,4%, pour un objectif voté en LFSS 2009 en progression de 3,3%. Le rapport de juin 2010 affichait une estimation nettement revue à la hausse, à 600M€. La CCSS de septembre 2010 a livré une nouvelle estimation du dépassement, à 450 M€. Au final, la progression des dépenses du champ de l'ONDAM devrait être de +3,5%. Le dépassement de l'ONDAM en pourcentage de l'objectif voté est 0,29%, nettement inférieur au seuil de déclenchement de la procédure d'alerte (0,75%).

La réduction du dépassement prévisionnel de l'ONDAM 2009 entre juin et septembre 2010 tient essentiellement à une révision à la baisse des provisions pour des dépenses 2009 non payées sur cet exercice, correspondant à des soins facturés fin 2009 ou courant 2010.

Elle concerne en premier lieu les dépenses de soins de ville, avec une prévision d'exécution en diminution de 220 M€ par rapport à celle de juin 2010. Cette diminution est liée à des ajustements techniques sur les dépenses de médicaments en rétrocession hospitalière (émargeant sur les dépenses de soins de ville, bien que délivrés à l'hôpital) et à une révision à la baisse des coûts liés à la grippe AH1N1. Au total, l'objectif de soins de ville progresse de 3,2% en 2009.

Cette révision des provisions concerne également les cliniques privées, réduisant le dépassement des objectifs de dépenses des établissements de santé. Ce dépassement reste néanmoins important, autour de 550 M€, dont 350 M€ imputables à l'activité des établissements ex-DG et 200 M€ aux cliniques privées.

S'agissant enfin du secteur médico-social, celui-ci a fait l'objet d'une révision à la baisse de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux des personnes âgées, à hauteur de 150 M€, qui a été justifiée par la sous-consommation structurelle des crédits alloués globalement au secteur personnes âgées.

Tableau 2 – Décomposition des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM – Tous régimes

	Objectifs 2009 arrêtés (*) (Md€)	Ecart/objectif 2009 (Md€)						
			2005	2006	2007	2008	2009	2009/2004
Soins de ville	73,2	0,2	3,10%	2,80%	4,40%	2,60%	3,20%	17,20%
Etablissements de santé	69,4	0,6	4,40%	3,00%	3,00%	3,90%	3,50%	19,10%
Médico-social	14,1	-0,2	7,80%	6,40%	6,70%	6,40%	5,10%	36,90%
Autres	0,9	0		14,40%	3,80%	4,90%	0,80%	25,60%
ONDAM	157,6	0,6	4,00%	3,20%	4,00%	3,50%	3,50%	19,60%
PIB en valeur	-	-	4,00%	4,70%	4,90%	2,80%	-2,10%	15,00%

Source : rapport de la CCSS de septembre 2010

(*) : Les écarts entre les objectifs arrêtés et ceux votés lors de la LFSS pour 2009 proviennent des transferts de fongibilité qui ont globalement un impact nul.

Cette évolution appelle deux commentaires :

- sur la période 2004-2009, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont progressé plus vite que le PIB en valeur (+19,6% contre +15%);
- les dépenses de l'ONDAM médico-social connaissent une forte progression (+36,9% entre 2004 et 2009).

On peut obtenir une estimation de l'ONDAM en termes réels par deux approches : l'approche « dépenses » qui met en regard les dépenses de l'assurance maladie avec la dépense de santé et qui consiste à déflater l'ONDAM en valeur par l'évolution des prix de la CSBM ; et l'approche « ressources » pour laquelle on déflate l'ONDAM par l'évolution des prix du PIB, les ressources de l'assurance maladie étant quasiment indexées sur le PIB en valeur.

Les prix de la santé évoluant différemment de ceux du PIB, on constate que sur les cinq années étudiées, les dépenses de l'ONDAM en volume, corrigées de l'évolution des prix de la CSBM, ont progressé plus rapidement que le PIB en volume. Le constat n'est vérifié s'agissant de l'ONDAM en volume corrigé des prix du PIB que pour les années 2006 et 2007. Cela faut apparaître que la modération de la progression des dépenses du champ de l'ONDAM en valeur tient plus à la modération des prix qu'à celles des volumes.

Tableau 3 – Evolution de l'ONDAM et du PIB en termes réels

	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2004
ONDAM déflaté par les prix de la CSBM	+ 2,7%	+ 2,5%	+ 3,2%	+ 2,8%	+ 3,2%	+15,0
ONDAM déflaté par les prix du PIB	+2,0%	+0,8%	+1,5%	+0,9%	+3,0%	+8,2%
PIB en volume	+ 1,9%	+ 2,2%	+ 2,4%	+ 0,2%	-2,6%	+4,1%

Sources : DSS-SDEPF/6A pour l'ONDAM ; Drees, comptes de la santé pour la CSBM ; Insee, comptes nationaux pour le PIB

Calculs : secrétariat général du HCAAM

Un écart d'1 point représente, en 2009, 1,6Md€.

a2) Evolution des soins de ville du régime général

Les dépenses de soins de ville ont augmenté de 20% entre 2004 et 2009. La croissance des honoraires privés est relativement modérée (+12%).

L'année 2009 est caractérisée par une reprise de la croissance de tous les postes qui composent les soins de ville, à l'exception des honoraires privés.

Tableau 4 – Les soins de ville dans le champ de l'ONDAM – Régime général

en millions d'euros

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2009/2004
Honoraires libéraux	23 028	23 596	+2,5%	24 634	+4,2%	25 766	+4,7%	26 513	+2,9%	27 337	+3,1%	18,71%
dt hono privés	13 991	14 161	+1,3%	14 597	+3,0%	15 163	+3,9%	15 518	+2,4%	15 729	+1,3%	12,42%
dt hono.paraméd.	4 564	4 795	+5,0%	5 129	+6,9%	5 549	+8,2%	5 843	+5,3%	6 220	+6,4%	36,28%
dt laboratoires	2 540	2 568	+1,3%	2 646	+2,8%	2 678	+1,4%	2 689	+0,4%	2 751	+2,3%	8,31%
dt transports	1 932	2 071	+7,3%	2 262	+9,1%	2 377	+5,1%	2 462	+3,6%	2 634	+7,0%	36,34%
Autres soins de ville	25 801	26 672	+3,4%	27 960	+1,5%	29 375	+5,0%	30 331	+3,3%	31 351	+3,8%	21,51%
dt médicaments	15 935	16 679	+4,6%	16 976	+1,8%	17 738	+4,6%	17 648	-0,5%	18 178	+3,0%	14,08%
dont IJ maladie et AT	7 363	7 275	-1,2%	7 232	-0,6%	7 511	+3,7%	7 934	+5,6%	8 337	+5,1%	13,23%
dont disp. méd.	2 504	2 718	+8,7%	2 932	+7,8%	3 257	+11,1%	3 544	+8,8%	3 609	+5,7%	44,13%
Total Soins de ville	48 829	50 268	+2,9%	52 593	+2,9%	55 142	+4,9%	56 845	+3,1%	58 711	+3,5%	20,24%

Sources : rapports de la CCSS

a3) Evolution des IJ maladie

Les indemnités journalières maladie ont ralenti en 2009, avec une progression de 5% en raison d'un infléchissement des indemnités journalières de moins de 3 mois. Les IJ de plus de 3 mois augmentent encore fortement, de plus de 7% en 2009. Déflatée de l'évolution du salaire moyen par tête (SMPT), la progression sur la période 2004/2009 des IJ maladie est ramenée de 10% à -3,1%, faisant apparaître une diminution forte des volumes sur la période.

Tableau 5 – Les indemnités journalières maladie (Régime général)

en millions d'euros

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2009/2004
Total	5 236	5 335	+1,9%	5 231	-1,9%	5 385	+2,9%	5 677	+5,4%	5 957	4,90%	10,0%
dont IJ – 3mois	2 971	3 052	+2,7%	3 039	-0,5%	3 190	+5,0%	3 386	+6,1%	3 503	3,50%	15,7%
dont IJ + 3 mois	2 265	2 283	+0,8%	2 192	-4,1%	2 196	+0,2%	2 291	+4,3%	2 454	7,10%	2,8%
SMPT			+2,6%		+3,0%		+3,1%		+2,8%		+1,0%	+13,1%

Sources : rapport de la CCSS de juin 2010 pour les IJ maladie ; ACOSS pour le SMPT

Note : le SMPT a été préféré au salaire mensuel de base (SMB) comme déflateur car il présente l'avantage de prendre en compte l'emploi à temps partiel.

a4) Les dépenses d'hospitalisation

Les dépenses d'hospitalisation ont progressé fortement en 2009, mais de façon différenciée selon les types de financement et d'activité.

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a publié en juin 2010 des éléments sur l'évolution des dépenses des établissements en 2009, qui ne sont pas directement comparables à ceux de la CCSS car ne portant pas exactement sur le même champ³⁵.

Tableau 6 – L'évolution des dépenses des établissements

	Montants prévisionnels pour la construction des objectifs	Réalisations prévisionnelles	Ecart réalisations/montants prévisionnels	Taux d'évolution 2009/2008
Total objectif hors champ non régulé (hors FMESPP)	68 519	69 030	511	3,4%
Etablissements de santé tarifés à l'activité	50 828	51 330	502	4,8%
ODMCO	43 134	43 652	518	3,0%
MIGAC	7 694	7 678	-16	16,3%
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17 691	17 701	9	+0,2%
ODAM	15 515	15 460	-55	-1,4%
OQN Psy/SSR	2 176	2 241	65	8,3%

Source : Données SNIIRAM, PMSI- CNAMTS et ATIH

Source : Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, note semestrielle, juin 2010

a5) Les dépenses médico-sociales

Au sein de l'ONDAM médico-social, la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées a atteint 6,3 Md€ en 2009, en progression de 5,6% par rapport à 2008 à périmètre constant. Ce montant est supérieur à l'objectif voté, du fait des transferts de fongibilité intervenus en cours d'année, en provenance principalement de l'ONDAM hospitalier. Dans le sens inverse, une révision à la baisse de 150 M€ de la dotation initiale a été décidée, justifiée par la sous-consommation des crédits de création de places. La contribution de l'assurance maladie aux dépenses des établissements et services pour personnes handicapées a été exécutée au niveau voté dans la LFSS pour 2009, à 7,7 Md€, soit une progression de 4,6% par rapport à 2008.

b) Les prestations maladie hors ONDAM

b1) Evolution des dépenses liées à la maternité

Les dépenses liées à la maternité ont progressé moins rapidement en 2009 qu'en 2008 (+2%) que les années précédentes pour atteindre 2,9Md€. Pour la première fois depuis 2004, les IJ paternité diminuent. Déflatée de l'évolution du SMPT, la progression sur la période 2004/2009 des IJ maternité est ramenée de 16,6% à +2,7%.

³⁵ La différence de champ est exposée dans le rapport de la CCSS de juin 2009, page 105 : « Le constat de l'ONDAM est établi à partir des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des régimes d'assurance maladie. La nomenclature comptable a été modifiée pour tenir compte de la subdivision de l'objectif en sous-objectifs, mais cette ventilation comptable n'est pas encore totalement appliquée par les régimes. C'est pourquoi les dépenses sont présentées ici sous une forme plus agrégée. Les données soumises à l'examen de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée proviennent quant à elles de sources statistiques. Par ailleurs, leur champ est légèrement différent de celui retenu ici car il ne recouvre pas les dépenses non régulées. »

Tableau 7 – Les indemnités journalières maternité et paternité (Régime général)*en millions d'euros*

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2009/2004
Total	2 451	2 516	2,7%	2 609	3,7%	2 651	1,6%	2 790	5,3%	2 857	+2,4%	+16,6%
dont IJ maternité	2 272	2 329	2,5%	2 412	3,6%	2 447	1,4%	2 572	5,1%	2 640	+2,6%	+16,2%
dont IJ paternité	179	187	4,9%	197	5,2%	204	3,6%	218	6,7%	216	-0,9%	+20,7%
SMPT			+2,6%		+3,0%		+3,1%		+2,8%		+1,0	+13,1%

Source : rapport de la CCSS de juin 2010 (DSS –SDEPF/6A) pour les IJ maternité ; ACOSS pour le SMPT ; (champ : France métropolitaine).

b2) Les dépenses d'invalidité

Les pensions d'invalidité atteignent 4,5Md€ en 2009. Leur rythme de croissance décroît régulièrement.

Tableau 8 – Les pensions d'invalidité (régime général)*en millions d'euros*

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2004
Montants	3 781	4 072	4 269	4 398	4 435	4 458	
Progression en valeur	8,1%	7,7%	4,8%	3,0%	0,9%	0,5%	+17,9%
dont revalorisation	1,7%	2,0%	1,8%	1,8%	1,4%	1,3%	+8,6%
dont effet volume	6,3%	5,6%	3,0%	1,2%	-0,5%	-0,8%	+9,3%

Source : rapport de la CCSS de juin 2010 (DSS –SDEPF/6A)

c) Les autres dépenses (chiffres 2009)

- dépenses de gestion : 6,2 Md€

Les dépenses de gestion de la CNAMTS ont augmenté de 5% en 2009, à 6,228 Md€, y compris investissements. Entre 2005 et 2009, la hausse n'est que de 2,8%, compte tenu des évolutions très modérées entre 2005 et 2008. Les dépenses de gestion de la CNAMTS représentent 59% des dépenses de gestion du régime général. Elles représentent 4,1% des charges nettes de la CNAMTS.

- dépenses sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale : 370 M€

- dépenses sur le Fonds national de prévention, d'éducation et information sanitaire : 467M€

- charges financières : 54M€

1.3 Les recettes des régimes de base

a) Les grandes catégories de recettes

Les recettes affectées à la CNAMTS ont augmenté plus rapidement sur la période 2004 / 2008 que la croissance du PIB en valeur. La baisse des recettes de la CNAMTS en 2009 a symétriquement été moins accentuée que la diminution du PIB en valeur enregistrée cette même année.

Tableau 9 – Evolution des recettes et du PIB

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2004
Recettes³⁶ de la CNAM- maladie	4,6%	6,8%	5,8%	4,9%	4,0%	-0,7%	+22,4%
PIB (en valeur)	4,1%	4,0 %	4,7 %	4,9%	2,8%	-2,1%	+15,0%
PIB (en volume)	2,5 %	1,9 %	2,2 %	2,4%	0,2%	-2,6%	+4,1%

Sources : rapports et notes de conjoncture de la CCSS pour les recettes et INSEE-Comptes nationaux pour le PIB.

Ce différentiel s'explique principalement par le poids des recettes assises sur les revenus d'activité dans les recettes de la CNAMTS : 48% des recettes de la CNAMTS proviennent des cotisations sociales sur les salaires, auquel il faut ajouter la part de la CSG sur les revenus d'activité affectée à la CNAMTS³⁷. Or l'évolution de la masse salariale en période basse de cycle est moins défavorable que celle de la richesse nationale. Ainsi, l'évolution en valeur de la masse salariale du secteur privée a été de -1,3% en 2009, alors que le PIB en valeur se contractait de -2,1%.

Tableau 10 – Masse salariale du secteur privé

	Evolutions en moyenne annuelle				
	2005	2006	2007	2008	2009
Masse salariale du secteur privé en comptabilité nationale	3,2%	4,3%	4,8%	3,4%	-1,2%
Masse salariale du secteur privé champ URSSAF	3,4%	4,3%	4,8%	3,6%	-1,3%

Source : rapports et note de conjoncture de la CCSS

³⁶ On reprend ici la notion de « produits nets » présentée par la CCSS qui s'appuie sur les résultats comptables mais neutralise les effets comptables des dotations (en charges) et reprises de provision (en produits). C'est le concept qui retrace le mieux la réalité de la situation des recettes, même s'il reste purement « comptable » et peut s'éloigner de la « réalité économique ».

³⁷ Source : *Les chiffres clés de la sécurité sociale 2009*, Direction de la sécurité sociale, édition 2010. Disponible sur www.securite-sociale.fr

b) Les recettes nouvelles

b1) Les recettes nouvelles et pérennes entre 2004 et 2009

Tableau 11 - Impact des mesures nouvelles et pérennes d'assurance maladie sur les recettes (ensemble des régimes de base)

en millions d'euros

Mesures	en 2005 par rapport à 2004		en 2006 par rapport à 2005		en 2007 par rapport à 2006		en 2008 par rapport à 2007		en 2009 par rapport à 2008	
	prévues	réalisées	prévues	réalisées	prévues	réalisées	prévues	réalisées	prévues	réalisées
Ménages										
CSG (activité salariée/allocation chômage)	1 000*	2 200+								
CSG (retraite/préretraite/invalidité)	560*									
CSG (patrimoine/placements)	650*									
CSG (jeux)	100*									
Suppression de l'avoir fiscal			-350++	-350++						
Intégration de l'abattement 20% dans le barème IR					300++	580**	300++			
Prélèvement à la source sur les dividendes							702++	760++	-760++	-760++
Sociétés										
Contribution additionnelle à la C3S	780*	800+	14*	14*						
Abattement temps partiel			45*	<=45++						
Indemnités de rupture			20*	0*						
Contrôles URSSAF avec échantillonnage			100*	0++						
Compensation/Application RTT			7*	0*						
Contribution de 10% sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites							250	220++		
Instauration d'un forfait social à 2%									360++	315++
Industrie										
Taxe sur le CA des laboratoires pharmaceutiques (de 0,525% à 0,6% en 2005, de 0,6% à 1,96% en 2006, de 1,96% à 1% en 2007)	110*	124+	300**	260*	-170+	-170				
Contribution sur les dépenses de promotion « dispositifs »	20*	20								
Contribution sur les dépenses de promotion « médicaments »	50*	50								
Clause de sauvegarde pharmaceutique			400**	400						
Sécurité sociale										
Actualisation du versement au titre de la sous-déclaration des AT / MP					80**	80			300++	300++
Etat										
Droits de consommation sur les tabacs	1 000*	1 100+							840++	880++
Réaffectation de droits tabacs au fonds CMU			-178**	-178*	-230**	-230				
Réaffectation de droits alcools au fonds CMU			-380++	-380++						
Hôpital										
Valorisation du patrimoine immobilier hospitalier					0++	0				
Améliorations internes										
Amélioration du recours contre tiers + réforme					150++	150++				
Contrôles			45**	45						
Recettes diverses										
Total avant FFIPSA	4 270	4 294	109	-58	170 à 450	170	952++	980++	740++	735++
Perte de la subvention d'équilibre du régime agricole	-800++	-800++								

Sources : (*) rapports HCAAM (2005, 2006) ; (**) annexes au PLFSS (2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009) ; (***) rapport CCSS (septembre et juin 2004, 2005, 2006, 2010) ; (+) Dossier Assemblée nationale du PLFSS (2005, 2006, 2007) ; (++) Direction de la sécurité sociale (DSS)

Le cumul de ces mesures nouvelles et pérennes destinées à l'assurance maladie, valorisée chacune à l'année où elles ont été adoptées, est de 5,4Md€ pour la période 2004-2008.

En 2009, 735 M€ de recettes supplémentaires ont été apportés, mais la perte massive de recettes sur les assiettes existantes a massivement contrecarré le résultat quand on inclut l'exercice 2009.

b2) Les recettes récentes

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a prévu :

- Une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au financement de la mobilisation contre la pandémie grippale, contribution exceptionnelle des complémentaires santé pour couvrir une partie des dépenses liées à la grippe A(H1N1), abaissé de 0,94% à 0,77% par les sénateurs dans le cadre du projet de loi de finances rectificative (PLFR) pour 2009. Cette restitution devrait être revue à la baisse dans le cadre du PLFSS 2011, suite à des coûts de campagne de vaccination réduits par une pandémie de moindre ampleur que prévue ;
- Des mesures visant à rationaliser les niches sociales, au travers de quatre mesures dont toutes n'impactent pas l'assurance maladie :
 - augmentation de 2 points du taux du « forfait social » créé, avec un rendement attendu pour la CNAMTS de 380 M€ ;
 - suppression de l'exonération en cas de succession dont bénéficient de fait les seuls contrats d'assurance vie en unités de compte. Cette mesure augmenterait le rendement des 12,1 points de prélèvements sociaux sur le capital de 273 M€ en 2010, dont 172 M€ au profit du régime général, et 21 M€ du FSV. Le gain attendu pour 2010 au profit de la CNAMTS était de 134 M€ ;
 - suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières pour l'assujettissement des plus-values correspondantes aux prélèvements sociaux. Compte tenu de son entrée en vigueur, le rendement de cette mesure, là aussi sur les prélèvements sociaux sur le capital, n'est attendu qu'à compter de 2011.
 - renforcement de la taxation des dispositifs dits de « retraite chapeau », notamment ceux qui bénéficient aux cadres dirigeants. Il en est attendu un rendement de 25 M€, au profit du seul FSV.
- La création par amendement parlementaire d'une nouvelle recette au profit de l'assurance maladie, sous la forme d'une taxe sur les appels téléphoniques passés lors de jeux télévisés ou radiodiffusés au profit de l'assurance maladie (article 13 de la LFSS 2010).
- L'augmentation du taux (fixé à 15%) et la modification de l'affectation de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux remboursables. La mesure votée diverge fortement de celle proposée initialement par le Gouvernement (article 12 du PLFSS 2010), qui consistait à un élargissement de l'assiette de la taxe aux dispositifs médicaux du titre II de la liste des produits et prestations (LPP). En effet, ce titre enregistre une croissance des dépenses très rapide (+18% entre 2007 et 2008), tirés notamment par l'optique et les audio-prothèses. L'augmentation du rendement de la taxe de 11,5 M€ devait profiter à la fois à l'assurance maladie (+2,6 M€) et à la Haute autorité de santé, qui se voyait affecter 35% du produit total de cette taxe. Au final, la disposition votée n'a pas repris l'extension de l'assiette de la taxe, qui reste limitée aux dispositifs médicaux des titres 1 (Traitements et matériels d'aide à la vie) et 3 (Dispositifs médicaux implantables). Le taux de la taxe passe de 10% à 15%, la fraction affectée à la HAS étant finalement fixée à 44%. Au final, l'opération entraîne une perte de recettes pour l'assurance maladie, du fait du partage du rendement de la taxe avec la HAS, estimée à 2,4 M€.
- Enfin, la LFSS 2010 a prévu une réaffectation des droits de consommation sur les tabacs, afin d'assurer l'équilibre du panier de compensation des exonérations sur les heures supplémentaires (exonérations dites « TEPA »), et de financer une mesure

d'amélioration des pensions complémentaires des conjoints survivants d'exploitants agricoles. Le transfert est opéré en provenance du panier de compensation des allègements généraux, dont le rendement excéderait assez largement le coût des exonérations. Il en résultera, compte tenu des différences dans le mode de comptabilisation de la compensation, une baisse des produits enregistrés par le régime général de l'ordre de 170 M€, dont -70 M€ pour la CNAMTS.

1.4 Le traitement de la dette sociale

Conformément à la loi organique du 2 août 2005, des ressources supplémentaires doivent être affectées à la CADES en vue de la toute nouvelle reprise de dette afin de ne pas rallonger la durée d'amortissement de la dette sociale³⁸. Les simulations réalisées par la CADES indiquaient en septembre 2008 qu'il serait nécessaire de transférer à la CADES l'équivalent de 0,007 point de CRDS en 2009 pour chaque milliard d'euros de dette reprise afin de ne pas accroître la durée d'amortissement espérée de la dette sociale, actuellement de 12 ans.

La LFSS pour 2009 a prévu une reprise de dette par la CADES, correspondant à la dette cumulée 2007-2008 des branches maladie et vieillesse du régime général, ainsi que du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV), pour un montant maximal de 27Md€. Si l'on avait joué sur l'augmentation de la recette pérenne dédiée à l'amortissement de la dette, il était nécessaire d'augmenter de 0,189 point la CRDS, soit, selon les prévisions figurant dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, une recette supplémentaire de 2,29Md€ en 2009.

La LFSS pour 2009 a retenu un schéma alternatif, à savoir le transfert de 0,2 point de CSG précédemment affectés au FSV. Cette ressource est bien équivalente à 0,189 point de CRDS, à la fois en termes de niveau (selon les prévisions de la Commission des comptes, le rendement attendu pour 2009 de ces 0,2 pt de CSG est de 2,29Md€), et en termes de dynamique pluriannuelle compte tenu de la similarité de l'assiette des deux contributions.

La reprise de dette a été effectivement réalisée fin 2008 et début 2009³⁹, au niveau maximal prévu par la LFSS 2009 de 27 Md€.

Le plafond d'emprunt de trésorerie du régime général fixé par la LFSS 2009 à 18,9 Md€ a été relevé en juillet 2009 à 29 Md€ par décret en conseil des ministres, ratifié par l'article 3 de la LFSS 2010.

Comme le note le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2010, « la reprise de dette a certes permis de réduire le montant moyen quotidien de recours à l'emprunt (12,2 Md€⁴⁰, contre 21,2 Md€ en 2008), cependant le solde de trésorerie de l'ACOSS n'a été positif que pendant 6 jours en 2009 ». De fait, le solde de trésorerie de l'ACOSS s'est à nouveau dégradé pour atteindre -24,1 Md€ au 31 décembre 2009, avant opération de reprise de dette par la CADES. La CCSS estime qu'il devrait s'établir à -50,8 Md€ à la fin de 2010, et représenter le point bas de trésorerie. Ce montant est inférieur au plafond de recours à des ressources non permanentes qui avait été porté à 65 Md€ par l'article 33 de la LFSS 2010.

³⁸ Rappel : la durée d'amortissement de la dette sociale a été par la suite rallongée de quatre années par la loi organique sur la gestion de la dette sociale du 13 novembre 2010.

³⁹ 10 Md€ le décembre 2008, 10 Md€ le 6 février, 6,9 Md€ le 6 mars et 0,1 Md€ le 4 août.

⁴⁰ Ce chiffre a été revu à -12,1 Md€ par la CCSS dans son rapport de septembre 2010.

1.5. Les créances du régime général sur l'Etat

La dette de l'Etat vis à vis de la CNAMTS s'établissait fin 2009 (après les versements de loi de finances rectificative) à 64M€. Elle a un effet direct sur la trésorerie du régime ; son impact sur les comptes n'apparaît qu'au travers des frais financiers supplémentaires qu'elle entraîne.

ANNEXE 2 :

PRESENTATION DE L'AVIS VIEILLISSEMENT, LONGEVITE ET ASSURANCE MALADIE D'AVRIL 2010 ET COMPLEMENTS

Une grande partie de l'année 2010 a été consacrée par le HCAAM à la finalisation de ses travaux sur le vieillissement. Pour la première fois depuis sa création en 2003 une démarche transversale a ainsi été engagée sur une composante de la population, les personnes « âgées ».

L'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur le thème « Vieillissement, longévité et assurance maladie » ainsi qu'une note d'accompagnement⁴¹ ont été approuvés à l'unanimité le 22 avril 2010. Ces documents représentent l'aboutissement de 10 mois de travaux conduits par le secrétariat général du HCAAM, discutés par les membres du HCAAM lors de cinq séances tenues entre novembre 2009 et avril 2010.

Le HCAAM a ainsi souhaité apporter sa contribution aux débats sur l'impact pour l'assurance maladie du phénomène de vieillissement démographique en France et de longévité croissante de sa population. Comme pour chacun de ses rapports, le HCAAM s'est appuyé sur les données et les études existantes, mais a également produit des analyses nouvelles à partir de ses propres travaux. Il s'est également attaché à prendre, chaque fois que faire se pouvait, le point de vue du public concerné, à savoir les personnes « âgées » prises en charge. Car avant d'être des bénéficiaires de prestations d'assurance maladie, elles sont des patients souffrant de maladies chroniques plus nombreuses et plus graves que le reste de la population. A ce titre, et au-delà des enjeux financiers lourds qu'elles représentent, elles méritent une attention particulière.

⁴¹ L'avis, la note d'accompagnement et les annexes établies par le secrétariat général du HCAAM sont disponibles sur le site www.securite-sociale.fr

CHAPITRE I : L'avis Vieillissement adopté le 22 avril 2010

Nota bene : l'avis du 22 avril est présenté ci-dessous *in extenso*. Il est illustré par des éléments repris de la note. Ces ajouts sont signalés par la mention : « *Illustration* ».

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE 22 avril 2010

Avis Vieillissement, longévité et assurance maladie adopté le 22 avril 2010 par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

Constats et orientations

Le vieillissement de la population est souvent présenté comme une des causes essentielles de la hausse des dépenses de santé, et donc des tensions sur l'équilibre financier de l'assurance maladie. Le HCAAM a donc souhaité aborder cette question, au cœur de plusieurs débats actuels relatifs à d'autres dimensions de la protection sociale telles que les retraites ou la perte d'autonomie.

Au terme de cette étude, il apparaît qu'il faut évacuer de nos représentations l'image d'une « déferlante du grand âge » qui serait sur le point de submerger, sans qu'on n'y puisse rien, le système de couverture solidaire.

En revanche, la longévité croissante des individus, et le vieillissement corrélatif de la population, adressent une question tout à fait cruciale au système de soins – et du même coup à l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Celle du défi – qu'il ne tient qu'à nous de relever – d'organiser autrement la manière de prendre en charge et d'accompagner les malades particulièrement fragiles et présentant des situations cliniques complexes et poly-pathologiques.

Car le grand âge met en évidence, comme le ferait un instrument d'optique grossissant, un point de fragilité fondamentale de l'organisation des soins : son insuffisante transversalité autour de chaque personne malade.

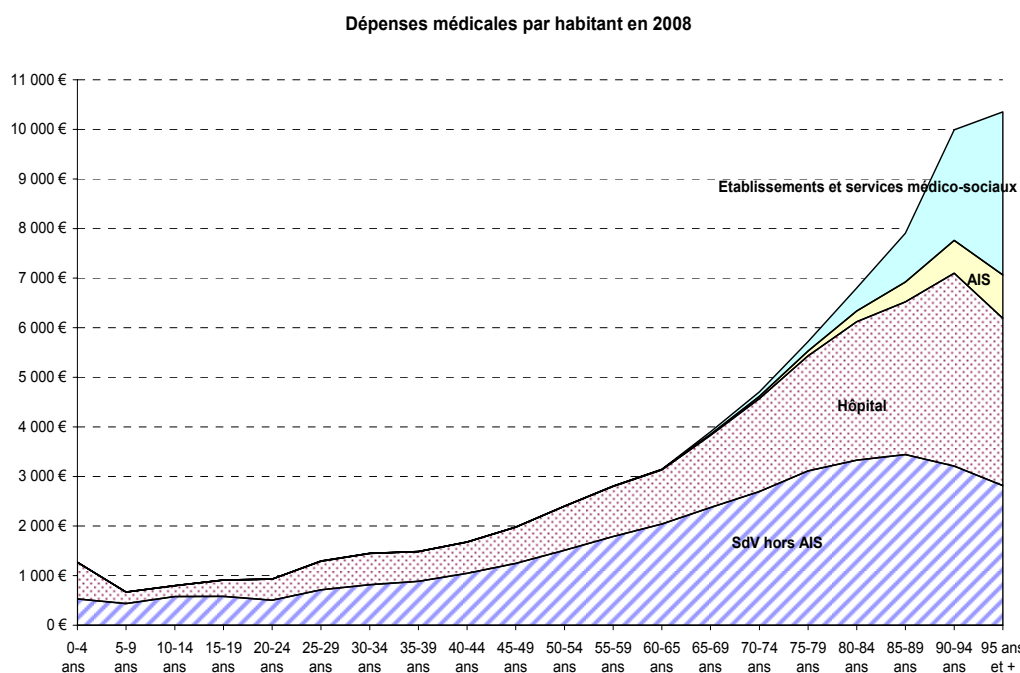
Y répondre, c'est prendre la voie d'une amélioration globale qui peut profiter à tous.

1. Les « personnes âgées », parce qu'elles sont davantage touchées par la maladie, bénéficient plus que proportionnellement à leur nombre de la couverture de l'assurance maladie.

La solidarité face aux dépenses médicales des plus âgés est une réalité qui ne traduit rien d'autre que la solidarité fondamentale entre bien portants et malades.

La consommation de soins est une fonction croissante de l'âge. Et par conséquent, les tranches d'âge les plus élevées bénéficient d'un transfert de ressources d'assurance maladie plus que proportionnel à leurs effectifs : les plus de 60 ans représentent un cinquième de la population, mais sont à l'origine de plus de 45% des dépenses de soins ; les plus de 75 ans font 8% de la population et près de 20% de la dépense de soins.

Illustration : des dépenses médicales par habitant croissantes avec l'âge



Sources : CNAMTS, EGB 2008 ; PMSI MCO 2008, PMSI HAD 2008, RIM P 2008 et PMSI SSR 2008 ; CNSA ; DREES « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », Etudes et résultats n° 699, août 2009 ; Insee, estimations de population. Retraitements : secrétariat général du HCAAM.

Cette réalité statistique appelle cependant quelques réflexions.

L'âge n'a en effet aucune vertu explicative par lui-même ; en revanche, il s'accompagne d'une augmentation moyenne du nombre, de la fréquence et de la gravité des maladies.

Il est donc plus juste de parler de concentration des maladies sur le grand âge plutôt que de concentration de la dépense : car c'est là le vrai phénomène, plus net encore que la concentration de la dépense. Ainsi, par exemple, les plus de 60 ans, dont on vient de dire qu'ils rassemblent 45% de la dépense, représentent plus des deux tiers des personnes en affection de longue durée (ALD), et les plus de 75 ans près du quart.

Les dépenses d'assurance maladie « liées à l'âge » sont donc, d'abord et fondamentalement, des dépenses d'assurance maladie liées à la maladie : sous l'apparence d'une solidarité intergénérationnelle, le système d'assurance maladie remplit tout simplement sa fonction de solidarité entre bien portants et malades.

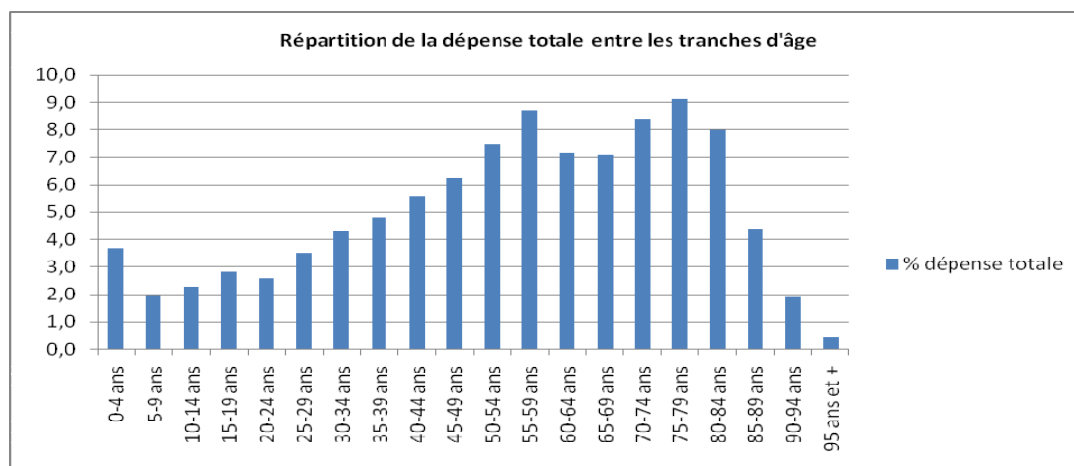
Ce point reste vrai, nonobstant ce qui sera dit plus loin sur le fait que certaines dépenses des personnes du grand âge sont vraisemblablement liées, aussi, à de mauvais cheminements dans le système de soins, révélateurs de dysfonctionnements dont elles sont les premières victimes.

Cette solidarité n'atteint pas, contrairement à certaines idées répandues, des proportions exorbitantes.

Il faut insister sur le fait que l'impact global de cette concentration des dépenses sur les personnes plus âgées reste, en raison même de la taille des populations concernées, dans des proportions très éloignées de certaines idées reçues.

Les dépenses de santé des « moins de 60 ans » (environ 54%) restent ainsi globalement supérieures à celles des « 60 ans et plus ». Autre exemple : les dépenses du jeune âge (moins de 10 ans) représentent une somme équivalente à celles du grand âge (85 ans et plus).

Illustration : les plus de 60 ans comptent pour moins de la moitié des dépenses totales



Sources: CNAMTS, EGB 2008 ; PMSI MCO 2008, PMSI HAD 2008, RIM P 2008 et PMSI SSR 2008; Retraitements : secrétariat général du HCAAM

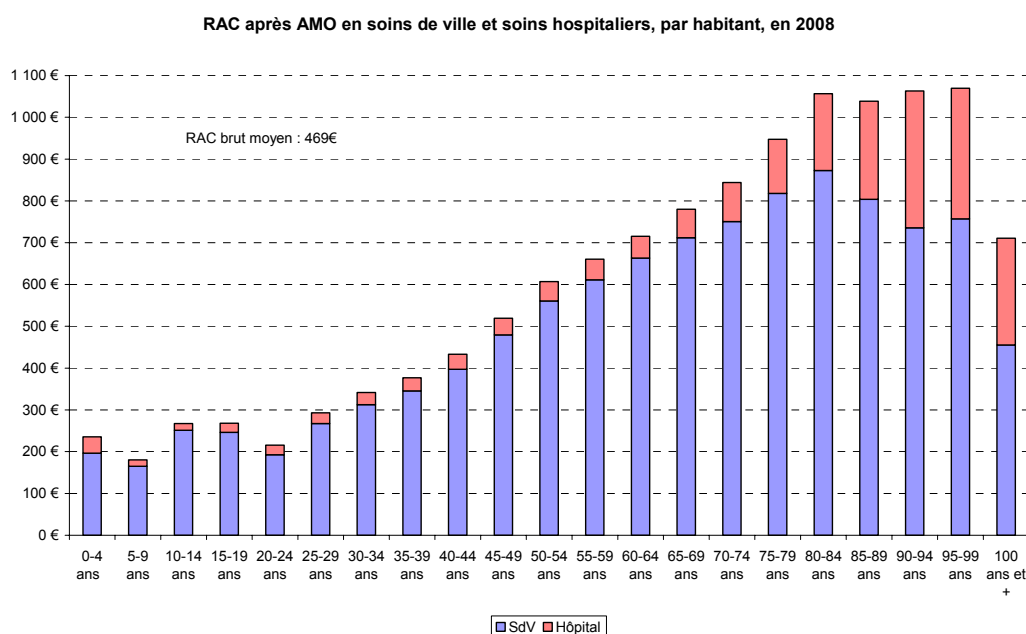
Tout comme est excessive l'idée, couramment véhiculée, selon laquelle l'essentiel de la dépense de santé s'effectuerait sur les derniers temps de la vie. Le HCAAM a déjà eu l'occasion d'indiquer que la dépense « de la dernière année de vie » ne représente en réalité, et en moyenne, que 7% à 8% de la dépense totale d'une vie.

Et si les personnes âgées bénéficient de remboursements plus élevés, elles ont aussi à leur charge des dépenses plus élevées.

Il faut en effet souligner que si la hausse des dépenses avec l'âge va de pair avec la hausse des dépenses remboursées, elle va également de pair avec la hausse des « reste à charge » qui doivent être couverts par les ressources propres de la personne âgée ou par son assurance complémentaire.

Au-delà de 80 ans, bien que plus d'une personne sur deux soit alors prise en charge à 100% au titre d'une maladie exonérante (ALD), la dépense moyenne non couverte par l'assurance maladie obligatoire dépasse 1000 euros par an, soit plus du double du chiffre moyen sur l'ensemble de la population. L'âge est donc un « marqueur » très clair des sommes à couvrir par les organismes complémentaires, qui rend inévitablement problématique une souscription tardive. On ne peut donc qu'insister sur la nécessité d'avoir, en matière d'aide à l'acquisition – à la fois précoce et renforcée au moment du passage à la retraite -d'une complémentaire santé, des politiques fortement incitatives et ciblées.

Illustration : des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire plus élevés pour les personnes âgées, malgré un taux de remboursement supérieur



2. Le vieillissement de la population française ne représente pas, par lui-même, la menace dominante pour l'évolution globale des dépenses de l'assurance maladie : son impact portera plutôt sur la répartition interne entre les types de dépenses de soins.

L'impact des évolutions démographiques, prévisibles et irréversibles, n'a certes rien de négligeable, mais il n'a pas le caractère d'une « déferlante ».

De la double vérité que les personnes âgées ont une consommation individuelle de soins plus élevée que la moyenne, et que leur nombre relatif augmente dans la population française (la part des « plus de 75 ans » va, par exemple, presque doubler d'ici à 2050), on tire souvent la déduction que le vieillissement de la population est un facteur important, voire dominant, de l'évolution des dépenses de santé.

Cette déduction est inexacte.

Car la cause strictement « démographique » de l'évolution des dépenses – au demeurant aisément mesurable compte tenu de la relative sûreté des prévisions démographiques – ne pèse que pour une fraction très minoritaire de l'évolution des dépenses. Tout simplement parce que le vieillissement moyen d'une population est un phénomène forcément très lent : l'âge moyen de la population française, aujourd'hui un peu plus de 40 ans, ne s'accroît que d'environ 2 mois par an.

Les différentes études disponibles convergent donc vers un effet démographique de quelque 0,7 point de croissance moyenne par an des dépenses de santé dans les vingt prochaines années, au sein duquel la déformation de la pyramide des âges – c'est-à-dire le « vieillissement » proprement dit – pèse pour 0,4 à 0,5 point : soit de l'ordre du dixième de la hausse moyenne annuelle de la consommation de soins et de biens médicaux.

C'est en revanche en termes de recomposition de la nature des soins que cet effet démographique peut fortement se manifester.

Il est sûr qu'au sein de cette tendance, les soins dont l'importance est étroitement liée à l'état de plus grande fragilité physique ou cognitive des personnes âgées vont connaître une croissance plus forte que le reste de la dépense d'assurance maladie.

Il faut donc s'y préparer.

C'est notamment le cas des soins infirmiers et des soins délivrés par les établissements et services dits « médico-sociaux ». Les données statistiques généralement accessibles sur la dépense moyenne de soins par tranche d'âge n'intégrant pas l'ensemble de ces dernières dépenses, le HCAAM a procédé lui-même à ce rapprochement, qui montre qu'elles prennent un poids tout à fait déterminant au-delà de 80 ans.

Ce peut également être le cas des dépenses d'hospitalisation, dont certaines études montrent qu'elles pourraient, si rien ne se modifiait dans la manière dont il est recouru au système de soins, faire elles aussi l'objet d'un déport important (+28% de journées d'hospitalisation complète d'ici 2030).

Mais il faut précisément souligner que cette question de la répartition de l'effet démographique entre les différentes enveloppes de l'ONDAM n'est pas irrépessible et – les mêmes études le montrent - dépendra très fortement des choix d'organisation qui seront mis en place à cet horizon de long terme.

3. Toutefois, difficilement explicable par la seule addition des maladies, il apparaît un véritable « décrochement à la hausse » de la dépense individuelle moyenne de soins au seuil de ce qu'on peut appeler le « grand âge »

Le Haut conseil estime qu'il faut concentrer l'attention sur le niveau anormalement élevé des dépenses individuelles moyennes de soins au « grand âge ».

C'est bien la hausse individuelle de la dépense de santé à tout âge, et pour toute la population, qui est le principal facteur de la croissance des dépenses dans le temps. L'âge est-il un facteur aggravant de cette croissance ?

Le Haut conseil n'a pas pu approfondir cette question. Il a en effet constaté qu'il n'était pas possible, en l'état des connaissances, de savoir si se maintiendrait la tendance que semblent avoir les dépenses des personnes les plus âgées à s'accroître, avec le temps, plus vite que la moyenne des dépenses individuelles.

Le Haut conseil a, en revanche, fait porter toute son attention sur le montant d'ores-et-déjà particulièrement élevé des dépenses individuelles de santé aux mêmes âges. En effet, avant de s'inquiéter de la dynamique éventuellement plus forte des dépenses du grand âge dans le futur, il convient de s'interroger d'abord sur les causes qui font que, dès aujourd'hui, leur niveau excède de beaucoup ce que donnerait un simple « prolongement de tendance » de la croissance relativement linéaire des dépenses moyennes individuelles entre 30 et 70 ans.

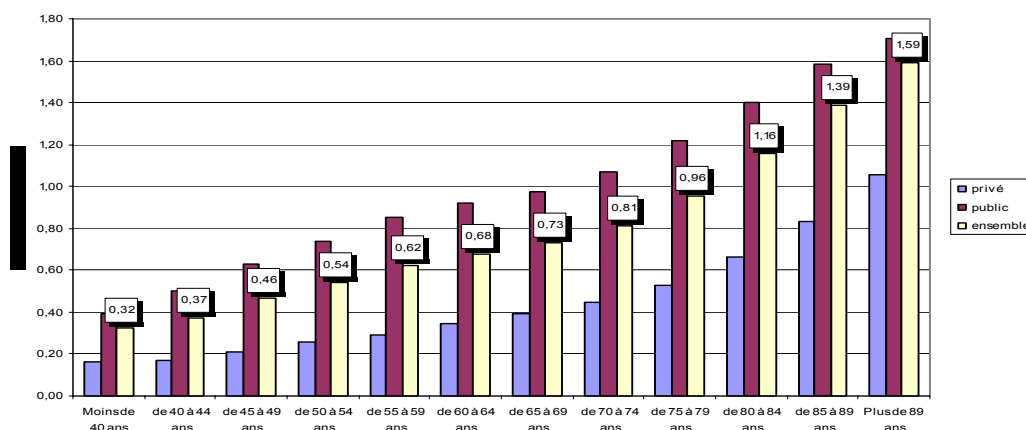
Une observation purement statistique établit en effet que la hausse de la dépense de santé en fonction de l'âge, qui est à peu près continue à partir de l'âge adulte, connaît une forme de « rupture de pente » autour d'un seuil qui se situe entre 75 et 85 ans. La dépense moyenne individuelle de santé varie ainsi, aux grands âges, beaucoup plus fortement qu'entre les tranches d'âge moins élevées : l'écart de la dépense individuelle moyenne entre 70 et 90 ans est par exemple supérieur au double de l'écart constaté entre 50 et 70 ans.

Cette rupture introduit, dans le phénomène de la croissance de la dépense en fonction de l'âge, une discontinuité qui définit en quelque sorte la spécificité statistique du « grand âge » au regard de la dépense d'assurance maladie. Elle est apparue au Haut conseil comme la seule question qui mérite d'être présentée comme propre aux « personnes très âgées ».

L'accélération de la dépense individuelle moyenne de soins au grand âge ne trouve pas d'explication épidémiologique évidente.

Sur le plan médical, le grand âge – domaine de la gériatrie – est statistiquement caractérisé par la coexistence d'un nombre croissant de pathologies chroniques qui, même stabilisées, installent un état de grande fragilité, associé à d'importants risques de décompensation, et souvent assorti d'une altération des capacités cognitives.

Illustration : un nombre moyen de complications et morbidités associés croissant avec l'âge



Source : DHOS, ATIH, données 2009

Mais du même coup la poly-pathologie du grand âge, à la fois cause et résultat de la plus grande fragilité physiologique, définit autre chose qu'une addition arithmétique de maladies d'organes. La personne très âgée est d'abord un malade complexe, vulnérable et fragile.

Il n'est donc pas facile d'expliquer pourquoi la dépense individuelle moyenne connaît sa plus vigoureuse accélération à l'âge où, nonobstant l'accumulation des pathologies, la fragilité des personnes concernées rend plus délicate la multiplication des gestes et prescriptions diagnostiques. Ce d'autant que, en raison de cette même fragilité, une plus grande place doit être faite à des soins « d'entretien », plus infirmiers que médicaux et en principe moins coûteux.

Le Haut conseil, qui a donc concentré son étude sur ce point, constate qu'il reste peu décrit et mal connu. Il est souhaitable qu'il fasse l'objet de recherches. D'abord parce qu'il est permis de penser qu'une partie de ce « sur-accroissement de la dépense en fonction de l'âge » correspond à une dépense inutile, voire dangereuse, qui doit être évitée dans l'intérêt même des personnes concernées. Ensuite parce qu'il y a de solides raisons de considérer qu'il s'explique, au moins pour partie, par des dysfonctionnements dans l'organisation des soins à l'égard des personnes les plus âgées.

4. Le Haut conseil estime qu'une part importante de la dépense individuelle moyenne très élevée aux grands âges s'explique par des inadaptations structurelles.

C'est d'abord dans l'écoute de plusieurs histoires individuelles, subjectivement vécues par des personnes très âgées ou ceux qui vivent auprès d'elles, que le Haut conseil a cru pouvoir poser ce diagnostic.

Loin d'être anecdotiques, les « récits de vie » émanent du seul point de vue qui soit pertinent lorsque c'est la coordination des soins qui est en défaut, à savoir celui de la personne elle-même ou de son entourage proche. L'addition pas toujours cohérente d'actes et de prescriptions, la succession d'hébergements parfois trop longs, ou trop courts, ou inadaptés, l'accumulation d'examen non conclusifs, sont autant de réalités vécues où s'expriment à la fois une intense mobilisation de moyens, et des conséquences humaines et thérapeutiques décevantes – quelques fois dramatiques.

L'attention portée à des « tranches de vie », au demeurant corroborées par l'expérience des professionnels soignants, est donc un premier témoin très sûr des dysfonctionnements d'organisation propres à la prise en charge du grand âge.

Illustration : troisième récit, recueilli auprès d'un médecin membre d'une unité mobile de gériatrie au sein d'un hôpital francilien.

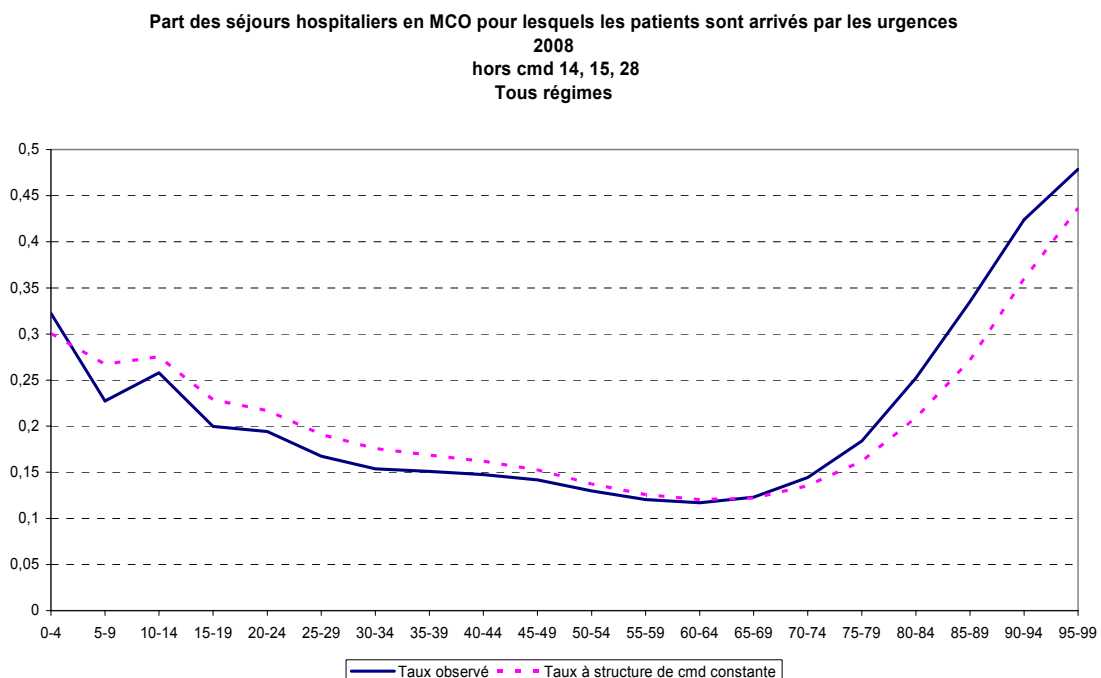
M. C, 82 ans, a été hospitalisé pour un AVC en 2005 puis est retourné à son domicile avec une hémiparésie droite persistante traitée par rééducation. Trois semaines plus tard, il est réhospitalisé pour occlusion intestinale aiguë et insuffisance respiratoire. Il est admis en réanimation où est porté le diagnostic de mégadolichocôlon (congénital), compliqué de syndrome d'Ogilvie, puis transféré dans un service de gériatrie aiguë, et enfin en soins de suite où il séjourne trois mois. Stabilisé, il est admis en EHPAD. Au cours des deux mois suivants, il est pris en charge à six reprises au service des urgences pour de nouveaux syndromes occlusifs avec insuffisance rénale aiguë. M. C est décédé dans une unité de soins palliatifs deux mois après son admission en EHPAD.

La surreprésentation des personnes très âgées aux « lits-porte » des urgences hospitalières est un symptôme qu'il faut écouter.

On trouve une autre mesure, quantitative, de ces dysfonctionnements d'organisation dans le taux de recours des personnes très âgées aux services d'urgence, qu'il s'agisse des simples passages aux urgences ou, beaucoup plus significativement, du taux des admissions en hospitalisation qui ont transité par un service d'urgence : plus de 40% après 85 ans, alors qu'il n'est que de 15% pour toutes les tranches d'âge situées entre 30 et 70 ans.

Un écart aussi fort est anormal.

Illustration : une proportion importante de personnes âgées accède de façon non programmée à l'hospitalisation



Source : PMSI DHOS, ATIH

Champ : population générale, hospitalisations en MCO hors CMD 14, 15 et 28 tous établissements

Le Haut conseil considère que, pour une grande part des personnes très âgées qui s'y présentent, les services d'urgence hospitalière constituent le réceptacle – indispensable en

l'état des choses – de demandes de soins qui n'ont pas su ou pas pu trouver à temps, soit une réponse préventive adaptée, soit un cheminement plus direct vers l'intervention requise en services aigus de médecine ou de chirurgie.

Même s'il est normal que le recours aux urgences s'accroisse avec la complexité des situations, l'expérience concrète et quotidienne de la surreprésentation des personnes très âgées aux urgences hospitalières offre une sorte de mesure visible de leur prise en charge sous-optimale en amont de l'hôpital.

Les dysfonctionnements du système de soins naissent de la complexité des situations à gérer.

Ce que disent en réalité ces « histoires vécues » et le recours trop fréquent aux services d'urgence, c'est que notre système de soins, performant dans le traitement en quelque sorte « vertical » de pathologies isolées, est très vite désemparé lorsqu'il s'agit de prendre en charge des sujets poly-pathologiques et fragiles, qui appellent au contraire un travail d'une très grande transversalité.

Car les besoins de soins du grand âge n'ont pas pour principale caractéristique d'être coûteux ou mobilisateurs de moyens lourds, mais plutôt d'être très complexes :

- complexes parce qu'ils supposent des arbitrages souvent difficiles et incertains dans les stratégies thérapeutiques, qui exigent à la fois de bien connaître chaque maladie dans le contexte du grand âge, mais aussi – et c'est le sens d'une approche gériatrique - le retentissement global des différents soins et leurs interactions possibles sur un organisme fragilisé et vulnérable ;

- complexes parce qu'ils ajoutent au soin technique et médical le savoir-faire propre du soin infirmier et des gestes d'accompagnement et d'entretien qui visent à protéger, maintenir ou restituer des capacités d'autonomie ;

- complexes, enfin, parce que les éléments d'accompagnement social, les conditions concrètes de vie lors du retour à domicile, la disponibilité et l'information de l'entourage familial et sa capacité à se mobiliser lors des modifications de prise en charge se révèlent aussi déterminants que la qualité des soins eux-mêmes.

Le grand âge est ainsi un formidable amplificateur des conséquences de tous les manques de « transversalité » de notre système de soins : assimilation trop exclusive de la qualité médicale à la sur-spécialisation disciplinaire, tendance à sous-estimer l'importance du concours des soins d'accompagnement et d'entretien à tout processus soignant, sans oublier la gestion séparée des questions sanitaires et des questions sociales.

5. Ces inadaptations structurelles dans la prise en charge du grand âge sont à l'origine de coûts qui peuvent, et qui doivent, faire l'objet d'un effort de maîtrise : les pistes sur lesquelles il faut travailler profiteront au système de soins dans son ensemble.

Le grand âge met en demeure d'organiser le soin autour de la personne.

La complexité propre aux soins du grand âge tient à la nécessité de les organiser vraiment « autour de la personne ».

Ce qui, en termes concrets, signifie un système de soins

- qui sache réagir de manière précoce aux signaux d'alerte,
- qui le fasse de manière proportionnée (c'est-à-dire sans surréagir par des excès d'actes exploratoires ou de traitements),
- et dont les soignants disposent de toute l'information leur permettant d'appréhender le contexte clinique dans sa totalité.

Cette triple visée vaut évidemment pour n'importe quel malade. Mais pour la personne très âgée, poly-pathologique et fragile, il n'y a pas d'échappatoire à une telle organisation, en raison des conséquences sanitaires et financières qui sanctionnent, presque systématiquement et parfois dramatiquement, l'oubli de ce principe fondamental. Tout écart à l'idéal – intervention tardive, réaction inadaptée, manque de transmission d'informations - peut avoir des conséquences en cascade : alors même qu'elle n'avait pas vocation à être sur-consommatrice de soins, cette personne va connaître un parcours heurté, beaucoup plus coûteux et beaucoup moins efficace.

La réponse aux défis que les personnes très âgées adressent à notre système de soins et d'assurance maladie rejoint, par conséquent, l'orientation générale qui doit être préconisée pour le système de soins dans son ensemble : il faut à la fois plus de coopération, et plus de coordination. Mais avec, ici, une urgence et une force exemplaires.

Le Haut conseil estime que de tels efforts peuvent être rapidement payants. On ne doit en effet pas perdre de vue que, pour les personnes du grand âge, la distance au « juste soin » a des effets néfastes parfaitement quantifiables : 20% des hospitalisations des personnes de plus de 80 ans seraient ainsi liées aux effets iatrogènes de médicaments.

Il faut travailler à une coopération plus efficace des différentes professions et institutions sanitaires, médico-sociales et sociales, en mettant l'accent sur une plus grande « ouverture » de l'hôpital.

Eu égard à l'importance de l'hospitalisation pour les personnes âgées, un effort particulier doit être accompli pour améliorer et rationaliser l'accès à l'hospitalisation.

Le Haut conseil est convaincu que la régulation du recours inadapté des personnes très âgées à l'hôpital passe, notamment, par de meilleures habitudes de travail et une plus grande fluidité de relations entre l'hôpital et son environnement soignant.

La « contractualisation » - quelles qu'en soient les modalités -, notamment avec des établissements médico-sociaux, est un instrument possible mais qui ne peut constituer un objectif à soi seul. Ce sont toutes les formes quotidiennes de l'interaction confiante entre équipes hospitalières et professionnels du secteur ambulatoire ou médico-social – à commencer par les liens du médecin traitant avec des correspondants hospitaliers - qui doivent permettre de combattre à la fois les problèmes d'entrées (notamment par les urgences) et les difficultés de sortie (sorties retardées, réhospitalisations).

L'enjeu est véritablement de créer, par de multiples façons, une osmose de travail : moyens suffisants pour une présence effective « hors les murs » d'équipes mobiles de gériatrie, rapidité et sûreté de la prise de contact pour le médecin de ville, conception chaque fois que possible d'équipements mixtes, sanitaires et médico-sociaux, permettant l'interaction rapide et informelle, etc.

Dans ce cadre, le lien de travail entre les services hospitaliers et les structures ayant statut d'EHPAD doit faire l'objet d'une attention prioritaire : la baisse du taux d'hospitalisation par les urgences est un indicateur qui devrait faire l'objet d'un suivi systématique dans les conventions d'objectifs et de moyens des établissements médico-sociaux, comme dans l'évaluation de la qualité des soins dans les hôpitaux.

Il faut concrétiser l'idée que « coordonner les soins, c'est encore soigner ».

Les actions récemment engagées dans le cadre du « plan Alzheimer » (2008-2012) ont, à juste titre, mis l'accent sur la coordination du soin autour de chaque personne.

Il est particulièrement important, pour les personnes âgées, de rappeler cette vérité générale que la coordination du soin fait intégralement partie de l'acte de soigner. Car dans le contexte particulier qu'on a décrit plus haut – tout comme d'ailleurs dans d'autres situations de maladies chroniques - la coordination du soin conditionne de manière tangible la qualité et l'efficacité du soin.

Le Haut conseil estime qu'il faut maintenant franchir une étape. Il souhaite que soit mis à l'étude un véritable dispositif de coordination personnalisé, visant prioritairement les personnes très âgées les plus fragiles. Sans avoir, à ce stade de ses travaux, voulu proposer un mode précis d'organisation, le Haut conseil estime qu'il est en tous cas pertinent de distinguer deux fonctions dans cette coordination autour de la personne, qui doivent être organisées sur une base territoriale :

- la fonction de synthèse médicale et de prise de décision sur les orientations et les changements de prise en charge, assurée par principe par le médecin traitant.
- la fonction de coordination à proximité immédiate de la personne et des aidants familiaux, à la fois soignante et sociale, qui garantit la vigilance et la circulation de l'information, ainsi que l'aide pour les démarches administratives ; elle peut être assurée par exemple, selon le type et le niveau de besoins, par une assistante sociale, une infirmière ou un autre auxiliaire médical, ou encore par une structure pluri-professionnelle.

L'éligibilité à un tel dispositif ne saurait être générationnelle : elle suppose la mise à disposition d'outils nouveaux d'aide à la décision médicale. L'accent doit, à cet égard, être mis :

- d'une part sur l'élaboration par la HAS, la diffusion et surtout l'appropriation effective par les professionnels de référentiels abordant les complexités spécifiques qui naissent de la combinaison de plusieurs pathologies ;
- d'autre part, sur l'investissement scientifique et méthodologique à consentir sur les outils d'évaluation des besoins et de tarification que sont les grilles AGGIR et PATHOS, ainsi que sur leurs conditions concrètes de mise en œuvre.

Parce que la coordination demande des moyens et surtout du temps, le Haut conseil considère qu'elle doit être reconnue comme telle et rémunérée.

Mais il ne suffit pas d'identifier des « actes de coordination » et de les payer : il est tout aussi important – et complémentaire – que les rémunérations des actes ou services qui doivent s'inscrire dans un processus coordonné soient liées au respect de ce processus, ne serait-ce

que par une obligation de compte-rendu. Poser le principe de la rémunération des tâches de coordination des soins, c'est parvenir à lier coordination et rémunération dans les deux sens.

Il faut enfin répondre aux besoins d'information des personnes âgées et de leurs familles, et être attentif à leurs attentes d'une vie à domicile.

Le Haut conseil considère que pour que les personnes âgées puissent être actrices de leur orientation, et contribuer ce faisant à la qualité de leur propre accompagnement, elles-mêmes et leurs proches doivent être beaucoup plus aidés qu'aujourd'hui dans la connaissance des dispositifs, de leur disponibilité, de leur accessibilité financière.

Par ailleurs, l'offre de service et les conditions de prise en charge doivent avoir pour objectif de rendre possible un libre choix des personnes âgées et de leur entourage en faveur d'une vie à domicile chaque fois que c'est envisageable.

6. L'optimisation de la dépense de soins au grand âge ne pourra pas se faire secteur par secteur. Elle ne pourra même pas se faire dans le seul cadre de la couverture des dépenses de soins.

Il faut une approche globale de l'offre des secteurs sanitaire et médico-social, qui permette de faire face aux considérables disparités d'équipement sur le territoire.

Les inadéquations et disparités territoriales d'équipements sanitaires et médico-sociaux constituent une réalité préoccupante de la prise en charge des personnes les plus âgées.

En raison bien sûr, en premier lieu, de l'inégalité de traitement qui en résulte. Mais en raison, aussi, de ce que ces inégalités n'affectent pas les différents territoires de manière homogène : le Haut conseil a constaté que, quelle que soit la région considérée, il y a toujours un ou plusieurs « maillons faibles » dans l'éventail d'institutions et de services que doit comporter la « filière gériatrique ».

Or pour les personnes très âgées plus encore que pour les autres patients, la disponibilité harmonieuse des différents volets de cette filière est essentielle. L'insuffisance de lits de court séjour gériatrique se traduit par l'occupation inadéquate et coûteuse de lits de spécialité ; l'indisponibilité de lits de soins de suite ou de places d'EHPAD, notamment à des tarifs d'hébergement accessibles, se traduit par des durées de séjour trop longues dans les services de soins aigus, etc.

Les instruments de régulation existent et les programmes d'équipement aussi, notamment dans le cadre de l'actuel « Plan solidarité grand âge ». Mais cela suppose une attribution très sélective des mesures nouvelles de créations de places sanitaires et médico-sociales et une forte coordination nationale de leurs répartitions respectives. A ce titre, le Haut conseil souligne la place décisive que devront occuper les ARS, pour les répartitions infra-régionales et le choix des territoires de référence pertinents, ainsi que l'importance de leur pilotage national pour les rééquilibrages interrégionaux.

Cela suppose aussi, au niveau local, un accompagnement dynamique des recompositions de capacités.

Il ne s'agit pas, comme en l'entend parfois, de « transformer des lits d'hôpital en places de maison de retraite », mais de mobiliser une partie de l'existant pour le faire évoluer, sans y voir une forme de perte de prestige ou de qualification, vers une offre hospitalière diversifiée en médecine gériatrique, en services de soins de suite ou d'HAD, et vers une offre médico-sociale à la fois plus complète (à domicile et en établissement) et plus dense.

Il faut, également, trouver les voies d'une gestion harmonisée de l'offre sanitaire et de l'intervention sociale.

De nombreux travaux, dont ceux du Centre d'analyse stratégique, l'ont montré : l'enjeu que constitue le retour à domicile fait que le soin – qu'il soit d'hospitalisation à domicile ou de soins courants – ne peut pas s'envisager indépendamment de l'accompagnement de la vie courante. Pour le dire d'une formule : il n'y a pas d'HAD sans APA ; le soin technique et la prise en charge sociale doivent être pensés ensemble.

L'illustration la plus évidente est donnée par le frein que peut constituer le poids du « reste à charge » d'hébergement dans les situations où un accueil en EHPAD serait médicalement le plus indiqué. De manière générale, le niveau du « reste à charge d'hébergement » est paradoxalement le plus élevé là où les coûts journaliers de soins, correctement adaptés aux soins courants des personnes âgées, sont les plus bas : il peut s'ensuivre, dans bien des cas, une sollicitation inadéquate des capacités hospitalières.

Le Haut conseil regrette toutefois qu'il ne soit pas encore possible de disposer d'un système d'information permettant une vision du « coût complet » des soins délivrés à une personne âgée accueillie en institution.

L'optimisation du soin, et du même coup de la dépense d'assurance maladie, dépend donc, pour les personnes les plus âgées, de la capacité à déployer simultanément l'effort de solidarité sur les trois volets que sont la prise en charge des soins, de la perte d'autonomie, et des frais d'hébergement.

La prise en charge de la santé n'est pas nécessairement le « risque dominant ». Elle est en effet appelée à s'insérer dans un ensemble plus vaste où les interventions soignantes ne sont plus pensées exclusivement pour elles-mêmes, mais en fonction de la totalité des réalités, humaines et sociales, d'une situation de vie. Ce sont par exemple les conditions concrètes du retour ultérieur à une vie autonome qui vont, dans certains cas, orienter la nature d'une intervention chirurgicale. Dans ces arbitrages à plusieurs voix, ce n'est plus systématiquement celle du soin technique qui imprime ses priorités. Et cela afin, précisément, que les moyens de soins techniques soient utilisés de la manière la plus adéquate et la plus juste.

C'est la raison pour laquelle le Haut conseil considère que la création des ARS constitue, si ces dernières se saisissent véritablement de cet enjeu en développant notamment des relations étroites et construites avec les conseils généraux, une réponse d'une extrême pertinence.

Le Haut conseil estime aussi qu'un meilleur accompagnement de la perte d'autonomie - besoin spécifique et distinct du soin – est susceptible de constituer un puissant levier d'efficacité de la dépense d'assurance maladie. A la condition bien sûr que ses modalités

d'engagement soient conçues en complémentarité étroite avec la réponse aux besoins de soins, et sans rupture dans la continuité des financements.

*

Le Haut conseil poursuivra ses travaux au cours de l'année 2010 en approfondissant – au delà du champ des seules personnes âgées - plusieurs questions importantes soulevées par le présent rapport, notamment celle de la mesure des « reste à charge » et « taux d'effort » sur les dépenses de santé, et celle de la coordination des soins ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux.

CHAPITRE II : Synthèse des préconisations

Dans la troisième partie de la note du 22 avril 2010, le HCAAM a identifié des orientations et les pistes de travail pour améliorer la prise en charge des personnes âgées en matière de recours à l'hospitalisation, d'organisation et de coordination des soins. Mais au détour de ses travaux et de sa note, le HCAAM a également émis des jugements ou des préconisations de nature à guider l'action des décideurs, institutions et intervenants dans ce champ.

La présente synthèse établie par le secrétariat général du HCAAM est destinée à mettre en relief les principales préconisations de fond qui ressortent de la note accompagnant l'avis du 22 avril 2010 (1) et présente des préconisations techniques formulées par le HCAAM (2).

2.1. Préconisations tirées de la note *Vieillesse, longévité et assurance maladie*

Si le phénomène du vieillissement n'est pas une véritable menace pour l'équilibre global des comptes de l'assurance maladie, il convient d'anticiper son impact sur la répartition des enveloppes entre les différents types de prise en charge.

Préconisation 1 (pages 42 à 44⁴²) : Privilégier une allocation des ressources au sein de l'ONDAM en faveur des soins d'entretien et des prises en charge non hospitalières

Le moyen le plus efficace de maîtriser la progression des dépenses totales des personnes âgées repose dans l'ensemble des actions visant à assurer l'efficacité des prises en charge. En particulier, l'augmentation tendancielle des dépenses d'hospitalisation peut être contenue si les choix d'organisation privilégient les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, le développement de soins à domicile, les transferts rapides en soins de suite, l'hospitalisation à domicile etc. S'agissant de l'allocation des ressources entre les différents types prises en charge, la progression prévisible des besoins conduit à prioriser les secteurs les plus intenses en « soins d'entretien », et au premier chef les établissements et services médico-sociaux.

Les financements des soins aux personnes âgées transitent par des enveloppes financières distinctes, mais aussi par des modes de tarification différents. Les modes de rémunération forfaitaires aux « soins requis », concernant pour l'instant la dotation de soins des USLD et des EHPAD, et à terme les SSIAD, méritent une grande attention, en ce qu'ils étaient une tentative de mieux prendre en compte les besoins en soins des personnes prises en charge et de réduire les biais de sélection des patients. Le HCAAM a toutefois identifié un certain nombre de conditions à remplir si l'on voulait étendre ou généraliser ce mode de financement.

Préconisation 2 (pages 100 à 103): Encourager la tarification aux soins requis, avec une forte vigilance sur ses conditions de mise en œuvre

Pour répondre à ces conditions, le HCAAM a recommandé que la qualité méthodologique des outils d'évaluation des besoins, qu'il s'agisse de Pathos, mais également de la grille AGGIR,

⁴² Les pages mentionnées se réfèrent au rapport accompagnant l'avis du 22 avril 2010 tel que disponible en ligne <http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/avis.htm>.

fasse l'objet d'une discussion ouverte et critique, en vue d'une amélioration permanente, dans le cadre d'une gouvernance adaptée. La mise en œuvre « tarifante » des outils doit s'accompagner d'études en amont pour s'assurer que la « valeur du point » appliquée au score de l'évaluation soit à la fois juste en termes de rémunération des coûts des structures, et compatible avec les enveloppes financières allouées au secteur. L'organisation pérenne et stable de formations doit être prévue, afin de garantir la qualité de l'utilisation de ces outils. Par ailleurs, l'opposabilité tarifaire des outils d'évaluation doit s'inscrire dans un cadre juridique sécurisé. Enfin, l'utilisation de nouveaux outils de mesure de la qualité de la prise en charge est nécessaire.

On constate un niveau anormalement élevé des dépenses individuelles moyennes de soins au « grand âge », à partir de 80 ans, sans explication épidémiologique évidente. Il s'explique par des inadaptations structurelles, notamment dans le recours inadapté à l'hôpital et à leurs services d'urgences. Le HCAAM a estimé que ces inadaptations sont à l'origine de coûts qui doivent faire l'objet d'un effort de maîtrise.

Le HCAAM a formulé plusieurs préconisations visant à répondre au mauvais recours à l'hôpital. Avant de les évoquer une à une (C.f. *infra*), et s'il ne fallait retenir qu'une, la meilleure articulation entre les hôpitaux et les EHPAD se détache comme une priorité d'action à court terme.

Préconisation 3 (page 114): Prévoir une contractualisation entre les hôpitaux et les EHPAD permettant de fixer un objectif partagé de meilleurs recours à l'hospitalisation

Sur plusieurs points cruciaux du parcours des patients, une meilleure articulation entre les hôpitaux et les EHPAD serait de nature à améliorer le recours à l'hospitalisation :

- * l'intervention des équipes mobiles de gériatrie en EHPAD, pour aider le médecin coordinateur dans la décision d'hospitalisation ;
- * la facilitation de l'accès des médecins coordinateurs aux praticiens hospitaliers des services aigus, par exemple par la mise en place d'une permanence téléphonique, permettant l'admission directe en service de spécialité ;
- * le recours plus systématique à l'hospitalisation à domicile soit à partir de l'EHPAD, soit en admission directe depuis les urgences pour les patients âgés ayant besoin de soins coordonnés et continus ;
- * la préparation précoce de l'orientation et de la sortie d'hospitalisation des patients pour éviter un séjour anormalement long en service hospitalier.

Le HCAAM a préconisé que l'objectif de formaliser un lien contractuel sur ces différents sujets entre les EHPAD et les hôpitaux soit inclus dans les projets d'établissement de ces derniers. Cet objectif doit être fixé et suivi par les agences régionales de santé dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les hôpitaux.

Outre le développement d'actions de prévention visant à limiter les situations générant un recours aux urgences (déshydratations, chutes, iatrogénie médicamenteuse), le HCAAM a formulé plusieurs préconisations organisationnelles visant à éviter des situations générant un recours aux urgences.

Préconisation 4 (page 111) : Mettre à l'étude la création d'un dispositif de permanence des soins des infirmiers libéraux

La permanence des soins, à domicile comme en EHPAD, concerne au premier chef les médecins de ville, le HCAAM estimant que celle-ci devrait être plus accessible.

Toutes les urgences ne nécessitant pas une intervention médicale, le HCAAM a recommandé d'étudier l'opportunité de créer un dispositif de permanence des soins des infirmiers libéraux, qui assurent déjà une continuité des soins pour les patients les plus lourds. Couplée avec la régulation assurée par les centres 15 et la possibilité de prescription téléphonique par les médecins, elle permettrait d'éviter des hospitalisations lorsqu'il s'agit d'une intervention technique (pose d'une sonde) entrant dans le champ de compétence infirmier.

Le processus de médicalisation des EHPAD devrait contribuer, même si le sujet est insuffisamment documenté, à la réduction des hospitalisations en urgence. Toutefois, cela requiert une possibilité effective d'intervention soignante, notamment la nuit.

Préconisation 5 (pages 112): Etudier l'opportunité de mettre en place un système d'astreintes infirmières de nuit en EHPAD

Un EHPAD dans le Haut-Rhin teste depuis juin 2007 un système d'astreintes de nuit, partagé entre quatre infirmières. Ces astreintes se font au domicile de l'infirmière, et doivent permettre d'apporter une réponse soit par téléphone, soit en se déplaçant sur site, aux problèmes imprévus rencontrés avec un résident par les aides-soignants, ne nécessitant pas d'intervention médicale urgente. Sous réserve de l'évaluation à venir de ce dispositif, il pourrait être envisagé de le tester dans d'autres EHPAD, de vérifier la comparabilité des résultats et de conduire une analyse médico-économique sur l'opportunité de le généraliser.

Le taux élevé des entrées à l'hôpital par les urgences des personnes très âgées peut s'expliquer par la difficulté d'obtenir aisément certaines prestations hospitalières – expertise, bilan en hospitalisation de jour, hospitalisation en service aigu ou de moyen séjour.

Le HCAAM a ainsi identifié plusieurs pistes qui pourraient faciliter l'accès à ces prestations sans passage par les urgences.

Préconisation 6 (pages 112 et 113) : Améliorer « l'accessibilité » de l'hôpital en dehors des services d'urgence.

Les propositions énoncées ici sont identiques à celles de la préconisation n°3, mais appliquées aux professionnels libéraux, des centres de santé etc :

- * intervention des équipes mobiles de gériatrie à l'extérieur de l'hôpital, pour aider le médecin traitant dans la décision d'hospitalisation ;
- * facilitation de l'accès des médecins traitants aux praticiens hospitaliers des services aigus, par exemple par la mise en place une permanence téléphonique ;
- * recours plus systématique à l'hospitalisation à domicile soit à partir de l'EHPAD, soit en admission directe depuis les urgences pour les patients âgés ayant besoin de soins coordonnés et continus ;
- * recours à l'hospitalisation de jour programmée pour les patients à l'état de santé dégradé et qui ont besoin de bénéficier d'une série d'exams cliniques, d'explorations et, le cas échéant, d'actes thérapeutiques.

La dispersion plus importante des durées moyennes de séjour constatée au grand âge indique que certains séjours anormalement longs ne reposent sur aucune nécessité médicale. Le

HCAAM a jugé qu'il convenait de réduire les séjours et durées de séjours inadéquats par une meilleure gestion des sorties.

Préconisation 7 (pages 113 à 114) : Améliorer l'orientation des patients, de la décision d'admission à l'orientation en aval

Le HCAAM reprend à son compte la proposition de l'ex MEAH de recours à une équipe mobile d'orientation gériatrique au sein des SAU permettant l'admission directe en moyen séjour (en hébergement ou en HAD), et signale l'expérimentation intéressante du CHU de Limoges consistant à dédier aux personnes âgées des lits-portes au sein des services d'urgences, permettant une orientation rapide et efficace.

Pour les patients ayant été hospitalisés en MCO, la sortie de l'hôpital ne peut intervenir dans de bonnes conditions que si les capacités d'aval existent, mais aussi s'il existe une accessibilité « en temps réel » à une information fiable et à jour sur les places disponibles en SSR, en HAD, en SSIAD ou en EHPAD.

Comme dans la grande majorité des cas, le retour à domicile est la solution privilégiée par les personnes, le HCAAM insiste sur le rôle fondamental des services sociaux en matière d'organisation du retour à domicile, ainsi que sur le recueil et la transmission par les hôpitaux des informations permettant aux professionnels libéraux d'assurer la continuité des soins après la sortie.

Les principales réserves d'efficience sont à rechercher dans une meilleure articulation entre prises en charge en ambulatoire et en hospitalisation, recentrant l'hôpital sur ses vraies missions.

Préconisation 8 (page 115): Mener à bien et exploiter les enquêtes en cours sur les hospitalisations évitables et les inadéquations dans les séjours hospitaliers

Il n'a pas été possible au HCAAM de quantifier les marges de manœuvre qui pourraient être gagnées par un ajustement de l'activité et des capacités hospitalières inadéquates.

Le HCAAM recommande donc vivement que soit conduits à leur terme plusieurs travaux actuellement en cours, d'une part de la Haute autorité de santé sur les hospitalisations avec hébergement évitables, et d'autre part de la DREES et de la DGOS sur les inadéquations en matière d'hospitalisation.

Les marges de manœuvre pourront être employées pour contribuer à la maîtrise globale des dépenses d'assurance maladie, mais également être dirigées vers d'autres secteurs de l'ONDAM.

Préconisation 9 (pages 114 à 116): Utiliser à bon escient les marges de manœuvre dégagées sur les hospitalisations inadéquates.

Elles pourront être redéployées sur d'autres types d'activités hospitalières (développement de courts séjours et SSR gériatriques dans les régions sous-équipées, de services de HAD) ou être redéployées sur d'autres secteurs, à savoir les dépenses de soins de ville et surtout les EHPAD.

S'agissant de ces derniers, tout financement supplémentaire doit contribuer à renforcer leurs moyens en matière médicale et nécessite :

- * d'associer aux revalorisations tarifaires l'exigence d'un lien mieux suivi et formalisé entre le médecin coordinateur de la structure et les établissements hospitaliers de recours ;
- * de veiller à l'utilisation des marges de manœuvres budgétaires nouvelles aux recrutements de personnel soignant effectivement amené à intervenir auprès des personnes âgées ;
- * de mettre en place un suivi de la qualité des prises en charges médicales en EHPAD, avec des indicateurs traceurs de cette qualité, qui actuellement font défaut.

Le Haut Conseil a estimé que les enjeux de coordination et de continuité du soin sont essentiels non seulement pour le public des personnes âgées, mais aussi pour d'autres types de patients tels que les malades chroniques.

Il recommande ainsi d'établir les conditions d'une meilleure communication, que ce soit par la formalisation d'engagements contractuels entre structures et professionnels, par des choix d'exercice plus regroupés au sein de maisons de santé, ou par le regroupement sur un même site des différents éléments complémentaires de la filière de soins.

Préconisation 10 (pages 116 à 118): Mettre en place des échanges d'information

Le HCAAM a recommandé de progresser sur deux champs :

- * la mise en place rapide des contrats entre les EHPAD et les professionnels libéraux, permettant à chacun de remplir sa mission propre, et de concourir ensemble à une meilleure prise en charge des besoins en santé des résidents ;
- * l'accès protocolisé des médecins traitants et des médecins coordinateurs aux informations sur les actes et examens réalisés, les diagnostics portés et les soins reçus lors des passages aux urgences et des hospitalisations, dans une présentation et dans des délais qui en permettent un usage vraiment efficace, sans attendre la généralisation du dossier médical personnel.

Le HCAAM a par ailleurs distingué au sein de la fonction de « coordination autour de la personne » au sens large, la fonction de « synthèse médicale » et la fonction de « coordination soignante et sociale ». Si la première fonction est toujours nécessaire et exercée par le médecin traitant, la seconde pourrait être confiée à un autre professionnel. Pour les patients complexes, une coordination renforcée peut se justifier.

Préconisation 11 (pages 118 à 121) : En fonction des épisodes de soins, confier la tâche de coordination de proximité au professionnel le plus directement au contact de la personne

Désigné en accord avec le patient et le médecin traitant, il s'agirait le plus souvent d'une infirmière ayant reçu une formation, mais également dans d'autres cas de figure d'un médecin coordinateur et d'une infirmière coordinatrice d'HAD, d'une infirmière coordinatrice de SSIAD, d'un médecin coordinateur de l'EHPAD voire d'un travailleur social ayant mis place un ensemble d'interventions à domicile.

Préconisation 12 (page 120): Déterminer les personnes âgées pour lesquelles il convient de mettre en place de manière formelle une « coordination renforcée des soins »

Elle ne s'appliquerait pas à l'ensemble des personnes âgées, mais aux seuls patients dont la prise en charge est jugée complexe à l'issue d'une évaluation unique sur une grille à la fois

médicale et sociale. Un document unique retracerait sous une forme coordonnée et personnalisée les soins à apporter.

Indépendamment de la structuration des modes de travail et de la mise en place de soins coordonnés, le HCAAM a identifié plusieurs outils de travail particulièrement nécessaires.

Proposition 13 (pages 121 à 122): Disposer de référentiels et de recommandations de prise en charge pluri-professionnelle et de référentiels d'aide à la décision pour le médecin traitant

Le Haut conseil a noté le besoin très fortement exprimé de pouvoir disposer de référentiels simples destinés à accompagner le médecin traitant dans certains actes propres aux personnes âgées, par exemple pour la prescription de soins à domicile, et pour la prise en charge des personnes âgées atteintes des principales et plus fréquentes associations de pathologies, présentées sous la forme d'arbres de décisions. Ces différents protocoles ou recommandations ne devront pas négliger les dimensions d'accompagnement (moins sanitaires et plus « sociales ») de la perte d'autonomie et de prise en compte de la situation de l'entourage.

S'agissant de la rémunération d'une meilleure coordination des soins, le HCAAM estime qu'elle peut justifier un financement particulier, de nature forfaitaire dans le cadre de processus précis dont les acteurs sont clairement identifiés et les résultats mesurables.

Mais il faut insister sur le fait que ce n'est pas exclusivement le financement des quelques actes proprement identifiés comme étant « de coordination » qui peut garantir la mise en place des habitudes de travail. L'enjeu est moins de rémunérer du temps de « coordination des soins » que des « actes de soins coordonnés ».

Préconisation 14 (pages 122 à 123) : Passer d'une logique de rémunération d'actes de coordination à une logique de rémunération d'actes de soins mieux coordonnés

Le Haut conseil estime ainsi qu'il convient d'explorer la manière dont l'on pourrait, par exemple sur une base territoriale, lier davantage le financement de certains actes ou la définition de certaines enveloppes de fonctionnement, à des formes plus coordonnées de délivrance des soins, notamment à l'égard des personnes âgées en ALD. La valorisation d'actes médicaux, infirmiers ou kinésithérapeutiques pourrait ainsi incorporer l'exigence d'un compte-rendu mutualisé ; de même, comme indiqué plus haut, on pourrait lier le renforcement des moyens médicaux des EHPAD à une plus forte structuration de leurs liens avec les services hospitaliers vers lesquels ils peuvent être amenés à diriger leurs résidents.

2.2. Propositions techniques du secrétariat général du HCAAM à partir de ses travaux sur le vieillissement

A l'occasion de ses travaux, le secrétariat général du HCAAM a identifié des évolutions souhaitables pour améliorer la connaissance et le pilotage des activités de soins à destination des personnes âgées. Ces propositions techniques, qui n'engagent pas les membres du HCAAM, sont listées ci-dessous, en indiquant en référence les pages de la note auxquelles elles renvoient. Les évolutions intervenues allant dans le sens de ces propositions sont signalées.

Améliorer la connaissance des dépenses en fonction de l'âge

Préconisation 1. Améliorer la connaissance, par des études ciblées, des raisons du « fléchissement » final des dépenses des personnes qui ont atteint 95 ou 100 ans, s'agissant principalement des dépenses hospitalières.

Références

Constat page 8 et préconisation page 9 : *L'étude complète de ce phénomène, notamment pour l'hôpital, mériterait des travaux complémentaires.*

Préconisation 2. Améliorer la connaissance des coûts complets en dépenses d'assurance maladie des personnes âgées quel que soit les modes de prise en charge :

- en chaînant les données relatives aux dépenses de soins de ville, d'hospitalisation et médico-sociales des personnes âgées ;
- en publiant le décret relatif à la transmission dématérialisée aux caisses d'assurance maladie de la liste de leurs résidents par les EHPAD ;
- en mettant en œuvre la facturation individuelle aux caisses pivots des séjours par les établissements anciennement sous dotation globale.

Références

Constats pages 12 et 13 : *« le secrétariat général du HCAAM souligne la mauvaise connaissance que l'on peut avoir de certaines dépenses, comme celle des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des EHPAD pour ce qui concerne les dépenses de soins de ville des personnes qu'ils prennent en charge » et page 103 :* *« Disposer de ces coûts complets, soit globaux pour une personne, soit par épisodes de soin présenterait un fort intérêt. Ils pourraient donner une « échelle des coûts » payés par l'assurance maladie et les tiers financeurs pour chaque type de prise en charge, et nourrir aussi la dimension financière de l'optimisation de la réponse aux besoins de santé (fonction de programmation et de planification) et de répartition des moyens dans le cadre de l'ONDAM (fonction allocation des ressources). Ils permettraient également, en faisant apparaître la dispersion liée à la gradation des moyens mobilisés, de donner une idée des pertes liées aux prises en charges inadéquates, soit au moment de l'orientation du patient, soit en cours de prise en charge lorsque son état évolue.*

Préconisation page 104 : *« Pour pouvoir comparer ces coûts entre les différents types de prise en charge, il conviendrait de pouvoir disposer de coûts complets, reconstituant des périmètres homogènes. (...) Il convient aussi, au-delà de l'enquête, de systématiser ce recueil : on ne saurait trop insister sur la nécessité de progresser sur le recueil de l'ensemble des dépenses liées à un mode de prise en charge. S'agissant de la dépense des résidents en EHPAD, un projet de décret en Conseil d'Etat de la DSS en instance de publication y répond*

largement. (...) S'agissant du rapprochement des coûts d'hospitalisation et des coûts exposés en ville, le secrétariat du HCAAM a pu mesurer en travaillant sur la présente note à quel point la non intégration des dépenses hospitalières s'agissant des établissements ex-DG dans le SNIIRAM⁴³ était pénalisante pour toute analyse. Quelle que soit l'approche qui en sera retenue, la facturation individuelle des séjours par ces établissements aux caisses pivots reste le préalable à tout progrès de la connaissance des parcours de soins et, partant, des dépenses qui leur sont associées. »

Evolutions

Le décret prévoyant la transmission dématérialisée des listes de résidents des EHPAD aux caisses d'assurance maladie a été publié (décret n° 2010-621 du 7 juin 2010). Il autorise la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel par la CNAMTS relatif aux résidents et aux données d'activité et de consommation médicales des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les données personnelles seront utilisées par les caisses pivot et d'affiliation des assurés, principalement à des fins de contrôle. Mais, surtout, les données statistiques anonymisées pourront être exploitées par les caisses d'assurance maladie, la CNSA et les ARS. Elles devraient permettre de progresser dans l'évaluation de la dépense globale des résidents en EHPAD, et de la comparer avec celle des personnes maintenues à domicile. Elles permettront également de connaître au mois le mois le taux d'occupation des chambres d'EHPAD, l'âge moyen des résidents etc.

Préconisation 3. Disposer des données sur les remboursements par âge des organismes complémentaires santé, afin de pouvoir mesurer des restes à charge après remboursements complémentaires

Références

Constat et préconisation page 16 : « *Les analyses de la présente partie ne fournissent pas les restes à charge par âge après remboursement par les complémentaires santé. A la date du présent rapport, le secrétariat général du HCAAM ne disposait pas de données consolidées sur les remboursements, même en valeurs moyennes, des organismes complémentaires par tranche d'âge. On ne peut que dire tout l'intérêt qu'il y aurait à pouvoir disposer de cette information. Des travaux en ce sens sont en cours. »*

Note du secrétariat général

Lors de la séance du 22 avril 2010 au cours de laquelle l'avis et la note ont été adoptés, les représentants des trois familles d'organismes complémentaires santé ont donné leur accord pour transmettre des données relatives aux remboursements par âge. Un travail technique est en cours avec le secrétariat général du HCAAM à ce sujet (voir *infra* point 3.).

Préconisation 4. Prolonger les travaux du HCAAM sur les profils d'hospitalisations suite à une admission aux urgences par âge, par des analyses des motifs médicaux d'hospitalisation pour certaines catégories majeures de diagnostic

Références

⁴³ A l'exception des données sur les soins externes dispensés dans les hôpitaux, intégrés depuis février 2009.

Constats pages 52 à 56 et préconisation page 54 : « *On peut objecter, bien sûr, que sous le pavillon statistique d'une unique CMD se dissimulent des situations médicales qui n'ont rien d'homogène. Et que donc, les motifs médicaux des hospitalisations des personnes âgées recensées sous l'intitulé d'une certaine CMD n'ont rien à voir avec ceux des hospitalisations recensées sous le même intitulé pour des personnes plus jeunes. Ce point doit évidemment faire l'objet d'études complémentaires, conduisant à « décomposer » les CMD en sous-diagnostic, et à poursuivre l'étude en s'assurant que la courbe de l'entrée par les urgences connaît, sur chacun de ces sous-diagnostic, la même forme d'ensemble.»*

C'est un rôle qui revient naturellement à la Haute autorité de santé, qui a d'ailleurs conduit ou engagé plusieurs actions en ce sens, qu'il s'agisse de référentiels de prescription, de référentiels métiers ou de référentiels d'indications pour des dispositifs médicaux (Cf. annexe 13). Mais il serait intéressant de les compléter par des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des personnes âgées souffrant des principales associations de pathologies (voir point III.2.3.).

Préconisation 5. Conduire des études ou des enquêtes sur le recours aux urgences s'agissant des personnes âgées
--

Références

Constats pages 52 à 56 et préconisations page 56 : « *On doit néanmoins sérieusement se demander si les niveaux de passage par les urgences exceptionnellement élevés et concentrés aux grands âges ne traduisent pas, pour une part, une sous-optimalité de l'organisation des soins aux personnes âgées.*

A cet égard, le HCAAM estime important, en recourant le cas échéant à des enquêtes ou à des études sur échantillon spécifiquement attentives aux personnes âgées, de poursuivre les travaux et d'examiner notamment d'affiner les exactes conditions d'entrées :

- *proportion en provenance d'EHPAD et de domicile en ville,*
- *proportion de passages aux urgences à l'initiative directe de l'entourage,*
- *proportions aux différentes heures de la journée ou de la nuit, etc.»*

Constat page 111 : « *Le HCAAM n'a malheureusement pas trouvé de données publiées ou à traiter sur le taux global de recours aux urgences des résidents des établissements pour personnes âgées, pas plus que sur l'évolution de ce taux entre 1999 et 2009, dates de début et de fin du processus de médicalisation. »*

Note du secrétariat général

Le HCAAM s'est appuyé dans ses travaux sur plusieurs enquêtes particulièrement intéressantes :

- Enquêtes de la DREES, Les usagers des urgences, Premiers résultats d'une enquête nationale (Etudes et résultats N° 212, janvier 2003)
- Etude interne de la DREES, à partir d'une enquête conduite en 2003 auprès de 4900 sur les recours à l'hospitalisation en établissements pour personnes âgées en corrélation avec les taux d'encadrement soignant et infirmier
- Identification des problèmes spécifiques liés à la prise en charge des personnes âgées en EHPAD, La lettre du réseau REHPA, Gérontopole de Toulouse, novembre 2008. Enquête réalisée auprès de 240 établissements (215 EHPAD, 21 USLD et 4 foyers logements ou autres institutions), comptant 4900 résidents, âgés en moyenne de 86 ans.

Toutefois, lancer des enquêtes pour appréhender le phénomène des passages aux urgences des personnes âgées est à la fois lourd et long en termes de délais d'obtention et de traitement des données. C'est pourquoi le secrétariat général du HCAAM préconise plutôt de s'appuyer sur le traitement informatisé et anonymisé des résumés de passage aux urgences. Il convient toutefois de bien s'assurer que le codage permet de distinguer, à la fois pour l'entrée et la sortie d'hospitalisation, au sein de la provenance « Domicile », celles des personnes âgées qui sont dans leur domicile privé de celles qui sont en établissement.

Préconisation 6. Améliorer la connaissance des hospitalisations multiples

Références

Constats pages 61 à 62: Note infra-paginale n°37 : « *L'hospitalisation multiple est définie par l'existence d'au moins deux séjours hospitaliers pour la même personne au cours d'une année civile, quel que soit l'intervalle de temps qui les sépare et la nature des institutions ou services où a successivement lieu l'hospitalisation. Ce chiffre, évidemment, ne distingue pas selon que la ou les nouvelles hospitalisations ont ou non la même cause que la précédente. Même s'il est d'usage de considérer que, statistiquement, une ré hospitalisation à moins de 30 jours a de fortes chances d'être due au même problème (et peut donc représenter un indice de sortie trop précoce ou de traitement inabouti).*

Par ailleurs, ce chiffre des séjours multiples :

- à certains égards surestime le phénomène de « ré hospitalisation » puisqu'on n'y trouve pas seulement l'hospitalisation multiple en MCO mais aussi, par exemple, les passages de MCO à SSR.

- à d'autres égards sous-estime ce même phénomène, puisque, notamment, l'observation sur une année civile néglige les hospitalisations multiples qui sont à cheval sur le début ou la fin de l'année. »

Préconisation page 62 : « *La collecte de données complémentaires est en cours afin d'étudier, sur un champ homogène (MCO + SSR + HAD), le « taux d'hospitalisations multiples », c'est-à-dire le nombre de patients à hospitalisations multiples rapporté à l'effectif de la classe d'âge. »*

Note du secrétariat général

Le secrétariat général n'a pu mener à bien cette collecte. Plus que de lancer une étude *ad hoc* sur ce sujet, il apparaîtrait important de progresser globalement dans la meilleure connaissance des séjours en SSR et en psychiatrie, dans le chaînage des données concernant un même patient, et bien sûr dans l'appariement entre le PMSI et le SNIIRAM.

CHAPITRE III Compléments et éléments d'actualité suite à l'avis et à la note du 22 avril 2010

Dans sa note *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, le HCAAM a produit des données inédites sur les montants et taux de restes à charge par âge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) sur les dépenses de soins de ville et d'hospitalisation présentées au remboursement⁴⁴. Le secrétariat général du HCAAM s'est rapproché de la FFSA, de la FNMF et du CTIP pour recueillir des données de remboursement par âge de la part des organismes complémentaires santé, afin de calculer des restes à charge après intervention de ces derniers. Les premiers résultats de ces travaux sont présentés en point 3.1.

Par ailleurs, des décisions ont été prises ou des travaux ont été rendus publics sur le thème du vieillissement. Celles qui ont été signalées au secrétariat du HCAAM sont retracées en point 3.2.

Par ailleurs, l'avis et la note du HCAAM sur le vieillissement ont suscité un certain intérêt, qui s'est traduit directement par des articles de presse, mais également par des demandes de la part de plusieurs institutions de restitutions approfondies sur les constats et conclusions du Haut conseil. Elles sont présentées en 3.3.

3.1. Travail avec les fédérations de complémentaires santé sur les restes à charge après prise en charge par l'assurance maladie complémentaire

Le secrétariat général du HCAAM a engagé un travail avec la FFSA, le CTIP et la FNMF pour identifier dans quelle mesure et sous quels délais l'information sur les remboursements par l'assurance maladie complémentaire par tranche d'âge pouvait être disponible.

Il apparaît que les fédérations d'organismes complémentaires ne disposent pas de bases de données sur les prestations versées par leurs membres à l'ensemble de leurs bénéficiaires, permettant de disposer rapidement des chiffres souhaités.

Quand bien même ces données seraient disponibles sur l'exhaustivité des titulaires d'un contrat complémentaires santé, elles ne pourraient pas être individuellement chaînées avec les données globales que le HCAAM a utilisées. C'est l'objet du projet MONACO de l'Institut des dépenses de santé et de l'IRDES que d'y parvenir sur un échantillon restreint d'assurés.

Données transmises par la FFSA

Tous les deux ans, dans le cadre du contrôle du respect par la Commission européenne de la directive sur l'égalité des chances, la FFSA réalise une enquête auprès de ses membres sur les prestations « frais de soins » versées. En sus des données de remboursement par sexe, la FFSA a demandé à ses membres de ventiler les remboursements par tranches d'âge de bénéficiaires de 10 ans, en globalisant d'un côté les moins de 18 ans et d'un autre les plus de 80 ans.

A noter que :

⁴⁴ Partie I de la note du 22 avril 2010, pages 14 à 17.

- les tranches d'âge de l'enquête FFSA ne sont pas les mêmes que celles initiales de la note du HCAAM (répartition par tranches de 5 ans).
- l'enquête est bisannuelle. L'année 2008, base des chiffrages du HCAAM n'a pas été couverte et l'actualisation se fera sur les remboursements 2009, pour une disponibilité fin 2010 ;

Le secrétariat du HCAAM a donc effectué le rapprochement sur la base des remboursements de l'assurance maladie obligatoire pour 2007⁴⁵ (source EGB), sur des tranches d'âge rendues homogènes avec celles de la FFSA. Ces données ne couvrent pas le champ médico-social, qui ne donne pas lieu à un co-paiement sur les prestations de soins.

L'impossibilité de consolider les données de l'ensemble des organismes complémentaires, puis de chaîner les données AMO / AMC par individu, conduit à procéder au choix suivant :

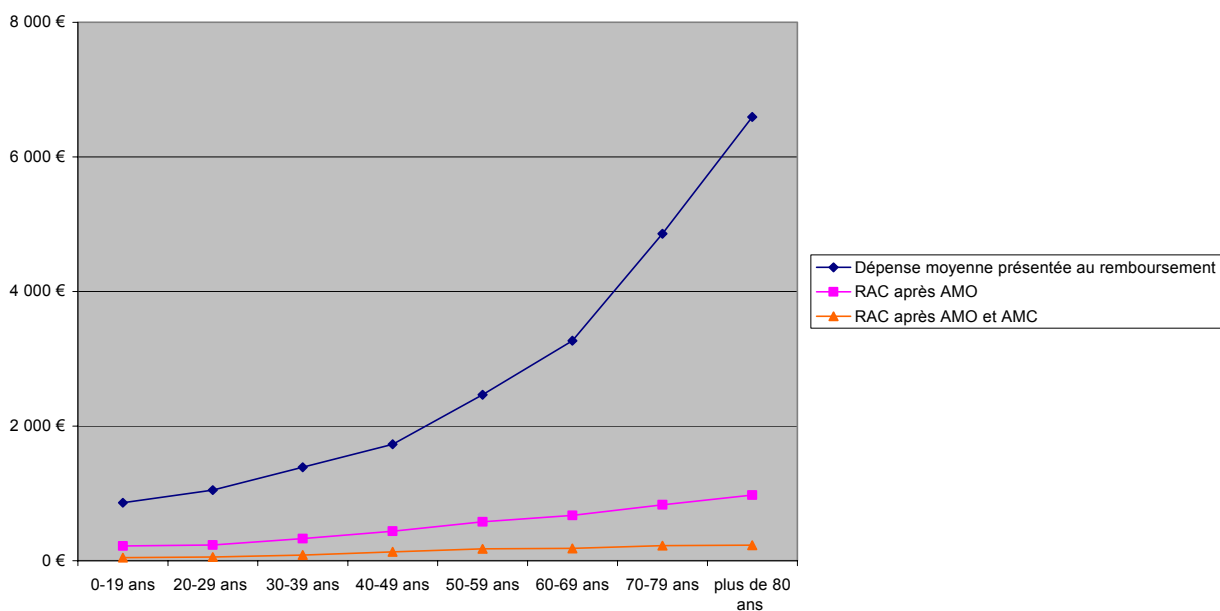
- on considère que les bénéficiaires des contrats d'assurances complémentaire santé concernés par l'enquête de la FFSA ont le même profil de dépense présentée et remboursée par l'AMO que l'ensemble des assurés du régime général ;
- on ajoute aux remboursements de l'AMO les montants versés par l'assurance complémentaire, pour chaque tranche d'âge ; or, ces remboursements peuvent parfois porter sur des prestations non remboursables.
- on calcule le RAC après remboursement par l'assurance complémentaire santé (RAC après AMO et AMC).

Travaux analogues en cours avec les autres familles d'assurance complémentaires

C'est donc avec une grande prudence qu'il convient de lire les tableaux et graphes ci-dessous, même si les ordres de grandeur paraissent vraisemblables. Cette analyse ne s'applique évidemment que pour les assurés qui bénéficient d'une assurance complémentaire santé. L'IRDES estime que 94% des assurés en 2008 bénéficiaient soit d'un contrat complémentaire santé, soit de la CMU-C.

⁴⁵ A l'exception des remboursements des frais d'hospitalisation, pour lesquels le SG du HCAAM a recalculé une base 2007 en corrigeant les données 2008 de sa note Vieillesse de l'évolution des dépenses d'hospitalisation et de leur remboursement entre 2007 et 2008.

Dispersion par âge de la dépense présentée au remboursement et du reste à charge après remboursements de l'AMO et de l'AMC FFSA - données 2007



Sources : CNAMTS, EGB 2007 ; PMSI MCO 2008, PMSI HAD 2008, RIM P 2008 et PMSI SSR 2008, FFSA enquête 2007 dans le cadre de la directive sur l'égalité des chances.

Retraitements : secrétariat général du HCAAM

On constate que la pente de croissance des remboursements par les assureurs ayant répondu à l'enquête de la FFSA est croissante avec l'âge et donc avec la dépense totale. Toutefois, cette pente est moins forte que celle des remboursements de l'assurance maladie, les RAC après AMO étant figurés par la courbe rose. Néanmoins, l'assurance complémentaire santé contribue bien à écraser la courbe des RAC par âge (courbe orange).

La FNMF et le CTIP ont recueilli et consolidé les données permettant le même exercice de rapprochement. Ces données sont actuellement en cours de validation par chacune des deux fédérations et le secrétariat général du HCAAM.

3.2. Travaux et études signalées depuis l'avis et de la note du 22 avril 2010

- L'étude « PLEIAD » du gérontopôle de Toulouse

Présentation de l'étude

Le 3 juin 2010 a été présentée à Toulouse une étude visant à décrire la population des résidents en EHPAD en France et à analyser quantitativement et qualitativement les flux d'entrée et de sortie des patients. Cette étude, intitulée PLEIAD (Etude épidémiologique descriptive en EHPAD) a été conduite par le gérontopôle de Toulouse (adossé au Pôle Gériatrie Gérontologie du CHU). Elle a été promue et financée par le laboratoire Lundbeck.

Il s'agit d'une enquête épidémiologique nationale transversale avec recueil de données médicales auprès des médecins coordonnateurs d'EHPAD et de données descriptives des 8 derniers patients entrés ou sortis de l'établissement (hors décès) au cours des 3 derniers mois. 300 EHPAD ont participé à l'enquête, tous établissements privés de plus de 50 lits, pour un nombre moyen de 86 lits. Près de la moitié des établissements participants possédaient une unité Alzheimer et 30% un accueil de jour. La permanence d'une infirmière de nuit était assurée dans 15% des EHPAD d'entre eux.

Au total, 2231 patients ont été décrits dans cette étude. La population était majoritairement féminine (70%) et âgée en moyenne de 85,7 ans. Plus de la moitié des résidents de l'échantillon souffrait de la maladie d'Alzheimer.

Principaux résultats

Les résultats de l'étude confortent l'idée exprimée dans l'avis et dans la note du HCAAM que la relation entre les EHPAD et les hôpitaux était un point majeur de la bonne prise en charge des personnes âgées dépendantes.

L'étude montre que les flux des résidents des EHPAD vers l'hôpital sont très importants. Au cours des trois derniers mois, un résident sur 4 est entré ou sorti de l'EHPAD, mais surtout 70% des personnes venaient ou étaient transférés vers l'hôpital. La durée moyenne de la dernière hospitalisation des résidents en ayant subi au moins une au cours des trois derniers mois était de 11,1 jours. Une plus faible proportion de résidents est retournée à son domicile (15%) ou a été redirigée vers une autre institution (15%).

L'étude fait également apparaître les conséquences pour la santé ou l'autonomie des résidents de leur cheminement dans le parcours de soin : les facteurs de fragilité physique (perte de poids), les troubles du comportement, les limitations de l'autonomie sont plus importantes chez les résidents entrant ou réadmis en EHPAD suite à une hospitalisation que chez les entrants arrivant de leur domicile. En revanche, ils sont également élevés chez les patients sortant de l'EHPAD vers l'hôpital.

- Les travaux sur la gouvernance de Pathos et d'AGGIR

Lors du Conseil de la CNSA du 29 juin 2010, une communication a été faite sur les nouvelles modalités concernant l'utilisation des outils d'évaluation AGGIR et PATHOS et leur gouvernance.

C'est désormais la CNSA qui anime le nouveau dispositif mis en œuvre pour piloter l'utilisation des outils AGGIR et Pathos.

Elle met à disposition des utilisateurs d'AGGIR et de Pathos des outils et des informations sur son site Internet, permettant de suivre les évolutions mises en œuvre.

Eléments d'actualité – site de la CNSA

- La formation accélérée, les 17 et 18 juin derniers, des médecins chargés de valider les évaluations du degré de dépendance des personnes accueillies dans les EHPAD et en unités de soins de longue durée (USLD). Une formation destinée à la fois aux médecins souhaitant réactualiser leurs connaissances des référentiels, ainsi qu'à ceux qui se voient confier ces fonctions nouvelles dans les ARS.
- La reprise et la continuité de l'outil Galaad que le Secrétaire général des ministères sociaux lui a demandé d'assurer. Galaad est le système d'information dans lequel les médecins « valideurs » saisissent les données issues des évaluations AGGIR et PATHOS. Une hotline sera mise à leur disposition.
- La poursuite de la formation des médecins évaluateurs sur la base des DVD AGGIR 2008 et PATHOS 2010, produits et distribués par la CNSA.

Pour réaliser l'ensemble de ces missions, la CNSA s'appuie sur l'expertise des docteurs Catherine Réa et docteur Yannick Eon exerçant dans les ARS Centre et Bretagne, ainsi que celle du docteur Jean-Marie Vétel, mis à disposition de la CNSA pour cette fonction de portée nationale.

Un Conseil scientifique sur l'évolution de l'outil Pathos devrait prochainement être mis en place.

3.3. Accompagnement de l'avis et de la note du 22 avril 2010

Audience du rapport et sollicitations presse

L'avis et la note du HCAAM ont été repris et présentés dans de nombreuses publications : quotidiens nationaux, agences de presse spécialisées, presse généraliste ou spécialisée, rapports parlementaires.

Mis en ligne sur le site du HCAAM, ils ont rencontré une certaine audience avec un nombre important de téléchargements sur le site securite-sociale.gouv.fr, pour 2640 visites⁴⁶ :

Par ailleurs, le président et le secrétariat général du HCAAM ont reçu des demandes d'interview ou de rédaction d'articles donnant lieu à des articles parus ou à venir.

Articles sous l'égide du secrétariat général du HCAAM

- Article paru dans la Revue Avenir et Santé
- Article paru dans la Revue de droit sanitaire et social, numéro de Juillet-Août 2010
- Article à paraître dans la revue Le concours médical
- Article paru dans la revue Actualité de la santé publique, numéro de septembre 2010

Demandes de présentation des travaux du HCAAM sur le vieillissement

⁴⁶ Données recueillies d'avril à octobre 2010 et aimablement communiquées par la cellule Internet de la direction de la sécurité sociale.

Le secrétariat général du HCAAM a présenté à la demande les travaux du HCAAM sur le vieillissement lors de diverses réunions :

- Intervention lors du séminaire du Centre d'analyse stratégique du 23 juin 2010 sur le thème *Le vieillissement doit-il être un moteur de réorganisation de l'offre de soins ?* (thème général du séminaire : *Quinze années de réformes plus tard...y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ?*)
- Présentation de la note du HCAAM lors de la journée « *Approche territoriale de l'offre de sociale et de santé : Spécificités et perspectives des établissements privés non lucratifs* » organisée le 7 juillet 2010 par la FEHAP et la Clinique gérontologique de la Porte Verte de Versailles.
- Audition le 2 août 2010 par le groupe de travail de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) chargé de préparer des propositions d'orientations pour le Conseil scientifique et d'orientation de l'ANAP sur le sujet d'interface ville-sanitaire et médico-social.