



Les cafés de la statistique

"La statistique éclaire-t-elle les questions de société" ?

Soirée du 9 octobre 2012

L'avenir de l'assurance maladie

Synthèse des débats ^[*]

Depuis plus d'un demi-siècle, l'assurance maladie, institution sociale majeure, exprime la solidarité des bien-portants envers les malades. De fait, l'état de santé global de la population s'améliore continûment. Mais les dépenses d'assurance maladie ne cessent d'augmenter, prenant une part croissante du PIB. Le déficit de l'assurance maladie défraie donc la chronique : son financement est-il soutenable ? La question est d'autant plus aiguë que l'assurance maladie doit affronter deux transformations massives : un progrès médical fait de technologies de plus en plus coûteuses et le vieillissement de la population qui voit se substituer aux affections aiguës des maladies chroniques et des poly-pathologies. Dans le même temps, l'assistance aux personnes dépendantes, en particulier âgées, porte sur tous les aspects de la vie et son organisation fait débat. Cela oblige à repenser la solidarité face à la maladie, son périmètre, son financement. Faut-il, si l'on veut éviter le rationnement, le renoncement aux soins ou des disparités insupportables, réviser l'organisation des soins, notre conception même de la solidarité et le périmètre de la protection ? Comment prendre la mesure de ces évolutions de fond et faut-il une prise en charge plus préventive et plus cohérente ?

Invités :

Denis Piveteau et Marie Reynaud

Président et secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Exposé introductif

A l'ouverture de la séance, il est rappelé que les Cafés de la statistique – qui entament leur 8^e saison - sont une activité pérenne de la Société française de statistique (SFdS) et sont organisées par son groupe « Statistique et enjeux publics ».

^[*] Tant l'exposé liminaire que le contenu des échanges sont structurés en quelques thèmes, sans suivre l'ordre chronologique. Par ailleurs, l'identité des intervenants n'était pas toujours connue et l'on a choisi de ne pas attribuer nominativement les propos. Au reste, ceux-ci ont été reconstitués à partir des notes du secrétariat sans reprendre leur formulation détaillée. Pour retracer le débat, les thèmes sont souvent introduits sous forme d'une question : ce qui vient ensuite n'est pas la seule réponse de l'invité, mais l'ensemble des contributions des participants.

Après que l'animateur a rappelé les règles du jeu, la parole a été donnée aux invités, Denis Piveteau introduisant l'ensemble du thème de la soirée et Marie Reynaud présentant le tableau de bord mis au point par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Denis Piveteau précise d'emblée que ses propos reflèteront une réflexion collective menée au sein du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Cet organe, qui n'est pas un comité d'experts, rassemble 66 membres de tous horizons, et notamment des professionnels des industries de santé¹. Il se réunit chaque mois pour analyser l'assurance maladie et plus généralement les systèmes de soins. Ses réunions ne sont pas publiques mais les documents issus de ses travaux sont publiés sur son site Internet (securite-sociale.fr/-/L-actualite-du-HCAAM-). Au sein du HCAAM, on recherche au maximum le consensus – ce qui n'exclut pas de pointer les divergences – avec le souci d'éclairer le débat public. Après huit ans de fonctionnement, le Haut conseil a, dans un avis adopté à l'unanimité, dégagé les lignes de force d'un diagnostic actualisé de la situation de l'assurance maladie, identifié les options qui lui paraissent décisives pour l'avenir de celle-ci et dégagé les principaux sujets de débat public qui en découlent² (cf. securite-sociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf).

Le tableau de bord dont Marie Reynaud parlera a été construit il y a trois ans avec l'ambition d'être un outil de travail reconnu comme pertinent par l'ensemble des utilisateurs.

Le sujet traité est l'ensemble des systèmes de soins et de remboursement. Les deux sont liés : l'accompagnement social et son financement.

Le diagnostic posé veut voir loin, à la lumière d'un passé qui a déjà connu des crises. Un déficit de l'assurance maladie d'environ 10 milliards d'euros a été observé en 2003-2004. Cela a conduit à la création du HCAAM. La crise financière actuelle résulte d'un choc sur les recettes. Comme le montre la planche 2 du diaporama joint en annexe, l'agrégat CSBM (consommation de services et

¹ Les 66 membres se répartissent en plusieurs collèges :

- Partenaires sociaux représentant les employeurs et les salariés
- Parlementaires
- État
- Caisses nationales d'assurance maladie et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- Organismes d'assurance complémentaire santé
- Représentants des professionnels, établissements et entreprises de santé
- Représentant des agences régionales de santé
- Représentant de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- Représentants des usagers
- Personnalités qualifiées, parmi lesquelles sont nommés le président et le vice-président.

Succédant à Bertrand Fragonard, président du HCAAM de 2003 à 2009, Denis Piveteau, Conseiller d'Etat, préside le Haut conseil depuis le 1er octobre 2009. Alain Cordier, inspecteur général des finances, assure depuis cette même date sa vice-présidence.

Le HCAAM est assisté par un secrétaire général nommé par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie. Le secrétariat général du HCAAM est composé de la secrétaire générale, d'une chargée de mission expert, d'un chargé d'études et d'une assistante. Il assure, sous l'autorité du président, l'organisation des travaux du Conseil ainsi que l'établissement de ses rapports.

² Le secrétariat général du HCAAM a, à cette occasion, établi un document technique qui résume l'ensemble des notes, rapports et avis publiés par le HCAAM depuis sa création en 2004. N'ayant pas été spécifiquement discuté au sein du HCAAM, ce document n'engage donc pas le HCAAM en tant que tel. Voir securite-sociale.fr/IMG/pdf/synthese_thematique_2004_2011.pdf

de biens médicaux) représentait à peine 3 % du PIB en 1950 alors qu'il atteint presque 10 % aujourd'hui. Cet agrégat n'est peut-être pas exempt de défauts mais il éclaire l'ampleur des évolutions. Sa croissance est à peu près linéaire et, chaque année, supérieure d'environ deux points à celle du PIB. Cela est dû, certes, à la croissance démographique, mais surtout à la fraction des patients qui pâttissent d'affections de longue durée et bénéficient de remboursements à 100 % de leurs dépenses de santé (en réalité le remboursement avoisine 86 %). Ces malades – environ 15 % des personnes soignées – représentent à eux seuls plus de 60 % de la dépense totale et contribuent dans la même proportion aux 4 % de croissance annuelle des dépenses globales. Les malades qui ne sont pas en ALD (85 %) sont à l'origine des 40 % restants.

L'écart de pente de croissance de la richesse nationale et des dépenses de santé est ancien et pérenne mais, avec un PIB de faible croissance, cet écart est plus vivement ressenti et constitue le vrai problème. En outre, comme le montre la planche 3 de l'annexe 1, la sortie de crise se fera avec une différence de pente accrue. Trois évolutions sont imaginables :

- première possibilité : la dépense de maladie et les remboursements suivront le même rythme, ce qui entraînera une dépense publique de santé en croissance plus rapide que la richesse nationale. Cela n'est pas soutenable dans la durée car il faudrait alors que la dépense publique d'ensemble, qui est déjà très élevée relativement au PIB, accroisse encore sa part. Ou alors, il faudrait que d'autres dépenses publiques croissent moins vite que la richesse nationale. Lesquelles ? Les choix seraient difficiles et, d'un autre côté, diminuer d'autres dépenses publiques ne serait pas forcément judicieux en termes de santé publique. On perçoit bien, par exemple, que réduire les dépenses d'éducation pourrait avoir à terme des effets néfastes sur la santé de la population ;

- deuxième possibilité : le décrochage : on laisse les dépenses de santé croître de 4 % par an et les dépenses d'assurance maladie (c'est-à-dire les remboursements aux malades) font ce qu'elles peuvent. Mais dans ce cas il faut établir des priorités, faire des choix année après année. Cela n'est guère soutenable non plus car s'interroger sur ce qui relève de la solidarité deviendrait une question à se poser continûment. Une telle évolution porterait aussi atteinte aux principes fondateurs de l'assurance maladie : on cesserait de rembourser certains soins ; on conserverait certes le droit d'accès à la santé prévu par la Constitution mais il n'y aurait plus cette solidarité entre les malades et les bien-portants sous-tendue financièrement par la formule « A chacun selon ses besoins » ; on glisserait vers la formule « A chacun selon ses revenus ». Or, l'assurance maladie n'est pas seulement l'accessibilité financière aux soins ; elle est plus que cela, à savoir qu'elle signe la solidarité entre les membres de notre société ;

- troisième voie possible : les dépenses de santé devraient être rendues compatibles avec l'évolution de la richesse nationale. Cette orientation soulève trois inquiétudes :

- la dépense de santé des malades contribue au revenu d'autres personnes, lesquelles entendent bien que leurs revenus croissent comme le PIB ;
- cette orientation est-elle réaliste compte tenu du rythme de l'accroissement des dépenses occasionnées par les maladies les plus lourdes ?
- est-elle possible sans rationnement des soins ?

Les planches 13 à 16 de l'annexe 1 donnent à voir les déterminants de la situation. A la base, le vieillissement de la population, combiné à la diffusion de technologies diagnostiques et thérapeutiques coûteuses, fait monter le niveau des dépenses de santé. Sur cette toile de fond d'une

population dont la longévité s'accroît s'observe une montée du nombre des maladies chroniques et de leur cumul sur une même tête (on a en moyenne trois maladies chroniques à soixante ans et six à quatre-vingts ans). Ce phénomène, qualifié de « transition épidémiologique », dope la croissance des dépenses de santé. A quoi s'ajoutent des phénomènes de rétroaction qui accentuent la tendance : le progrès médical n'est pas seulement le moteur du vieillissement ; il en est aussi la conséquence dès lors que la prévalence accrue des poly-pathologies chroniques stimule la recherche. La transition épidémiologique est donc le cœur du problème. C'est ainsi que cinq grands groupes de maladies (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires et maladies digestives) expliquent les trois quarts de la croissance des dépenses de santé.

Sur quoi peut-on agir pour maîtriser cette croissance ?

Il faut traiter à la fois la croissance globale et les coûts unitaires, c'est-à-dire envisager le parcours de santé de chaque personne dans toute son étendue spatiale et temporelle et dans toute la complexité qui résulte du nombre - potentiellement élevé - de soignants et de personnels sociaux qui graviteront autour de cette personne. Actuellement, la complexité n'est pas gérée : il n'y a jamais eu un plan d'ensemble de l'organisation des soins à un stade aussi précoce que possible. Or, la qualité des actes, leur succession et leur articulation entre eux doivent être prises en compte. Un acte ne doit pas intervenir trop tard ; il ne doit pas être accompli par quelqu'un qui ne serait pas le bon soignant ; il faut libérer le soignant des charges administratives (un appui au temps médical est nécessaire pour gagner en efficacité), etc.

Tout cela appelle une médecine de parcours (dont la performance doit être appréhendée globalement) et un pilotage, un lieu de synthèse médicale. Cette dernière fonction revient au médecin de proximité ou à une équipe médicale autour du médecin traitant. Cela pose – au passage - le problème de la répartition des généralistes sur le territoire. Une telle orientation devrait être politiquement affirmée et être mise en œuvre dans les milieux de la santé, y compris dans les milieux hospitaliers.

Par ailleurs, un lien entre les mondes sanitaire et social serait à établir car ce sont des mondes très cloisonnés et qui s'ignorent. Par exemple, une aide sociale à la dépendance bien conçue comporterait une meilleure surveillance de la personne assistée, cette observation en amont étant susceptible d'éviter des admissions en urgence à l'hôpital.

Enfin, réfléchir en termes de parcours de santé suppose une implication active de la personne dans sa propre santé. Le malade ou son entourage est le seul à savoir ce qui ne va pas pour lui.

Bien entendu, le rapport de mars 2012 à la base de l'avis du HCAAM mentionné plus haut comporte aussi des propositions pour la mise en œuvre de ces orientations.

S'agissant du tableau de bord, **Marie Reynaud** a exposé quelles préoccupations ont présidé à sa mise en place. Fondamentalement, le souci était à la fois de prendre la mesure des évolutions en cours et de s'assurer que les grands principes de l'assurance maladie étaient respectés. Ces principes trouvent leur source dans la Constitution, qui prévoit la protection de la santé des citoyens³. Ont

³ Le 11e alinéa du préambule de la Constitution 1946 est ainsi rédigé : « 11. [La Nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être

ainsi été affirmés le principe de l'égal accès aux soins et le principe de l'accessibilité financière aux soins par une solidarité entre les bien-portants et les malades. On aide tout le monde et le financement est prévu en prenant en compte le revenu et en appliquant le principe d'égalité devant les charges publiques (en raison des facultés de chacun) découlant de la Déclaration des droits de 1789. Ainsi est instaurée une solidarité verticale entre les hauts et les bas revenus. Le tableau de bord est destiné à éclairer le respect de ces principes. L'annexe 2 fournit une illustration du contenu de son contenu.

Un exemple de cette surveillance du respect des principes fondateurs est donné par le suivi du « reste à charge » ou RAC qui représente la différence entre la dépense supportée par la personne qui se soigne et les remboursements qu'elle perçoit à ce titre : on cherche ainsi à vérifier que le montant du RAC n'est pas dissuasif pour se soigner. On utilise à cet effet deux types d'indicateurs :

- avec le RAC des dépenses de santé après le seul remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), on considère le niveau d'aide lié au coût de la maladie indépendamment du revenu du malade (voir la planche 20 de l'annexe 1). Quand on classe par montant croissant les RAC ainsi calculés sur l'ensemble des soins, on voit que le montant atteint dans le dernier centile approche 3 400 €. Les RAC les plus élevés sont liés aux produits dont les prix sont libres : prothèses dentaires, prothèses auditives et, dans une moindre mesure, prothèses optiques ;

- quand on veut s'assurer que les dépenses pour la santé restent accessibles financièrement aux personnes ayant de bas revenus, on utilise le « taux d'effort ». Il en existe plusieurs définitions. Ainsi, le taux d'effort brut correspond au rapport de toutes les dépenses - dépenses de soins, prélèvements obligatoires pour la santé, versements des primes aux organismes complémentaires - à toutes les ressources – revenu, remboursements de l'assurance maladie obligatoire, remboursements des assurances complémentaires. On peut aussi calculer un taux d'effort après AMO qui est le rapport entre le RAC après AMO et le revenu disponible brut (RDB) du ménage. Ou encore un taux d'effort après AMO et AMC qui est égal au RAC après AMO et AMC (assurance maladie complémentaire) rapporté à l'ensemble du revenu net de tout prélèvement obligatoire diminué des primes d'assurance. Ces indicateurs permettent de constater que, les niveaux de vie étant classés par montant croissant, le taux d'effort décroît du premier au dixième décile (passant, dans le cas du dernier indicateur cité, de 1,6 % à 0,7 %).

Le débat public se focalise avant tout sur les taux de remboursement mais cet indicateur ne rend pas compte des principes de solidarité.

Débat

L'apport de la statistique

Le débat confirme ce que l'exposé introductif a mis en évidence, à savoir que des statistiques de bonne qualité sont un enjeu stratégique pour définir une bonne politique de santé. L'ambition du tableau de bord est d'offrir une vue globale aux décideurs. C'est un outil qui s'améliorera au fil du

humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

temps car il reste beaucoup à faire si on veut pouvoir suivre chaque personne dans la durée afin de définir des parcours-types de santé. Or, il semble bien que le RAC sur les soins consommés soit plus faible en cas de bon parcours ; c'est du moins l'objectif visé et la Haute autorité de santé (HAS⁴) réfléchit à ce que devrait être un bon parcours pour chacune des grandes pathologies.

Un participant soulignera que la plupart des statistiques de santé correspondent, soit à une approche par la personne, soit à une approche par les pathologies, et suggérera l'utilité d'une approche croisée. Un autre évoquera l'intérêt de questions rétrospectives dans les enquêtes auprès des personnes. Un autre participant s'interrogeant sur le caractère décroissant du taux d'effort en fonction du niveau de vie, il est précisé qu'il résulte de la hiérarchie des revenus : certes, les dépenses de santé diminuées des remboursements des assurances obligatoire et complémentaires et augmentées des primes versées aux assurances complémentaires s'élèvent avec le niveau de vie, mais moins que proportionnellement au revenu du ménage ; le phénomène observé s'explique peut-être par le fait que les ménages à hauts revenus ont des assurances complémentaires de meilleure qualité. Les données disponibles ne permettent pas d'apporter de réponse plus précise.

Dispose-t-on d'indicateurs sur l'efficacité de la prévention ? Et, plus généralement, est-on au clair sur les coûts des mesures mises en œuvre pour une meilleure efficacité du système de soins ? Les expériences sont-elles évaluées ? Sait-on, par exemple, ce qui résulte du déremboursement de certains médicaments ? Ou de l'obligation faite de passer par le médecin traitant pour restreindre la dépense ? (alors que bien souvent on va directement chez le spécialiste, lequel régularise le parcours comme si l'on était passé par le médecin traitant ; sinon, chaque fois que le recours au spécialiste est à l'évidence nécessaire, le passage préalable chez le médecin traitant a pour effet d'accroître la dépense). Comment, par ailleurs, recueillir les besoins éprouvés par les patients dans les situations parfois difficiles qu'ils connaissent dans leur parcours de soins : par les médecins, par des psychologues, par des enquêteurs ?

Il n'est pas facile de calculer les coûts mais il est clair qu'une maîtrise accrue de la dépense passera par la prévention pour certaines maladies (cf. le diabète ou l'insuffisance rénale). L'objectif est de repousser la survenance des maladies lourdes, tout en sachant financer une véritable politique de santé. Par exemple, toujours en matière de diabète, le diététicien a un rôle à jouer et doit être reconnu. Il n'est pas question pour autant de tarifier un acte de diététicien ou de rembourser tel ou tel produit diététique, mais il convient de financer une politique qualitative centrée sur les poly-pathologies et la fragilité, qui représentent des enjeux d'organisation forts. Quelle discipline et quelles contraintes cela doit-il entraîner pour les professionnels et pour les patients ? Quels outils

⁴ La Haute autorité de santé est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et disposant de l'autonomie financière. Elle a été créée par la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients. Elle est chargée :

- d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie ;
- de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé ;
- d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville ;
- de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée ;
- d'informer les professionnels de santé et le grand public et d'améliorer la qualité de l'information médicale ;
- de développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

incitatifs, notamment financiers, et quels dispositifs d'observation mettre en place ? Il n'y a pas encore de consensus là-dessus au sein du HCAAM. En matière de santé publique, l'opinion personnelle de l'invité est qu'il convient de passer par la conviction et la pédagogie.

Une approche globale est nécessaire

La démarche préconisée par le HCAAM pour assurer dans la durée la sauvegarde des principes et la maîtrise du financement du système de soins apparaît à la fois ambitieuse et semée d'embûches.

Un participant juge qu'on peut être effrayé par la perspective d'une croissance insoutenable des dépenses de santé et se demande si différents facteurs qui contribuent à cette envolée – par exemple la quasi disparition des visites à domicile, de nature à déboucher sur l'engorgement des urgences en milieu hospitalier, ou la désertification médicale de certaines régions – ne devraient pas conduire à repenser la régulation ? Convaincu de la nécessité d'anticiper plutôt que faire face dans l'urgence à une situation dégradée, ce participant doute que les incitations financières apportent une solution à elles seules.

Un autre participant demande s'il existe des exemples étrangers qui justifieraient qu'on aille dans les voies évoquées. Un autre encore souligne l'intérêt qu'il y aurait à faire des comparaisons entre pays et entre grandes zones, tout en notant que les USA sont très particuliers en termes de systèmes de santé⁵. Il se demande aussi si on s'intéresse aux déplacements de professionnels de santé d'un pays à l'autre. En fait il n'y a pas d'exemple étranger d'organisation globale du système de soins. Toutefois, aux USA – où existent différents systèmes de soins - des études chiffrées poussées ont été menées sur des cas où une même gouvernance régit les soins sociaux, les soins hospitaliers et les soins ambulatoires. On constate alors une meilleure performance du système. On peut citer aussi une étude faite en Grande-Bretagne par le National Health Service (NHS) sur 9 000 patients suivis pour des maladies cardiaques, pour le diabète ou pour une maladie respiratoire ; cette étude semble démontrer que le système de soins de Grande-Bretagne est moins coûteux que le nôtre... mais les malades en question vivent plus longtemps !

En France, on n'imagine guère de mettre à court terme les soins sociaux, les soins hospitaliers et les soins ambulatoires sous une même gouvernance ! Aux dires de certains, le ministère de la santé et la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) sont en tension forte et ne coopèrent pas. De même, la sphère sociale et la sphère de santé ne se parlent guère. Ce cloisonnement français est très coûteux. Sauf exception, il n'y a pas non plus de coordination aux États-Unis. Une chose est certaine en France dans l'ensemble des professions de santé, c'est que les infirmières – pourtant en contact étroit avec les malades - ne se voient pas reconnaître un rôle de coordination. En outre, dans notre pays, les conflits entre instances de différents niveaux s'accompagnent de sérieuses carences de gouvernance : on ne sait pas déléguer sur des objectifs stratégiques à des opérateurs

⁵ Les planches 24 à 26 de l'annexe confortent cette affirmation. La dépense publique est la plus faible aux USA selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et les dépenses de santé y sont très élevées, alors que le système de santé y est en général jugé moins bon qu'en Europe.

territoriaux (en l'occurrence, les Agences régionales de santé⁶) ; les collectivités territoriales gestionnaires de l'aide sociale et les gestionnaires de l'assurance maladie ne se parlent pas, etc.

Pourtant, relèvent certains participants, il existe des exemples de coordination réussie par l'intermédiaire de réseaux de soins. Un participant cite le réseau Arcade à Tarbes, où la coordination se fait par les infirmières⁷. Mais les réseaux de soins sont une tentative de coordination qui intéresse seulement 0,4 % de la dépense globale de santé. Pourtant, à la fin des années quatre-vingt-dix, et sous l'impulsion de Raymond Soubie⁸, les premiers pas législatifs et réglementaires avaient été faits pour généraliser les réseaux. Mais ces derniers achoppent pratiquement toujours sur le cloisonnement entre les mondes médical, social et administratif, si bien qu'une énergie considérable est dépensée dans les réseaux et peu capitalisée en enseignements d'ensemble. Il faut renverser le sens de la démarche : au lieu de laisser proliférer des initiatives insuffisamment exploitées, il conviendrait de faire méthodiquement des essais d'organisation globale. La préconisation du HCAAM est de mettre en place des prototypes de parcours de soins, pilotés nationalement mais prenant fortement appui sur les ARS.

Quelle coordination ?

Une participante invite à ne pas confondre la coordination du système de soins et la coordination du parcours individuel de soins. En fait, en matière de coordination, plusieurs acceptions du mot sont à retenir :

- la coordination autour de la personne, grâce à la tenue d'une main-courante par tous les professionnels s'occupant de cette personne, la synthèse étant effectuée par le médecin traitant ou par une équipe pluridisciplinaire ;
- la coordination de l'ensemble des professionnels de santé entre eux ;
- la coordination institutionnelle entre l'assurance maladie, les financeurs et les régulateurs.

On peut même ajouter une coordination soignante et sociale assurée par les infirmières et par les assistantes sociales ; la Mutualité sociale agricole (MSA) sait faire cela pour le suivi quotidien de ses adhérents.

En ce qui concerne la coordination des professionnels de santé entre eux, un participant voit bien comment le pilotage et la coordination peuvent s'effectuer en amont mais il est dubitatif sur les possibilités concrètes de synthèse en aval, qui supposent, ou que le généraliste soit réellement

⁶ La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a créé, dans son article 118, les Agences régionales de santé. Les ARS ont pour missions d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins et d'accroître l'efficacité du système. La stratégie d'une ARS est définie dans son projet régional de santé (PRS).

⁷ Le Réseau de santé ARCADE s'adresse aux personnes atteintes de maladies graves et évolutives nécessitant une prise en charge médico-psycho-sociale coordonnée et continue, quel que soit leur lieu de vie : à domicile, en EHPAD ou en établissement de santé. Le Réseau s'articule autour d'une coordination départementale animée par un médecin directeur. Des équipes mobiles mixtes (libérales et hospitalières) pluridisciplinaires composées de médecins, infirmiers, psychologues et assistantes sociales interviennent sur l'ensemble du département.

⁸ Spécialiste des ressources humaines et des politiques sociales, membre du Conseil économique, social et environnemental, après avoir été conseiller du président de la République de 2007 à 2010.

informé de tous les examens pratiqués et soit suffisamment disponible, ou qu'il ait demandé lui-même ces examens. Cette approche globale de la santé de la personne était pourtant l'ambition du bilan quinquennal de santé prévu en 1946, qui apparemment a disparu. Une autre personne observe que la coordination autour du parcours de soins passe par le recours aux technologies de l'information, par exemple le dossier médical individuel dématérialisé. La Cour des Comptes a travaillé là-dessus il y a douze ans et rien n'avance⁹. Véritable serpent de mer, le dossier médical personnel serait pourtant très utile. Une autre personne évoque son cas personnel : une douleur persistante à un pied l'a amenée à parcourir un circuit partant du médecin traitant, allant vers des spécialistes, passant par des examens divers et revenant au généraliste pour n'aboutir à rien ; seul le recours à un ostéopathe a permis de résoudre le problème. Ne pourrait-on innover en élargissant la gamme des professions de santé reconnues ?

Une participante dénonce pour sa part la redondance des examens pratiqués par différents hôpitaux ou même entre les différents services d'un hôpital ; est-ce sans espoir ? Faut-il se contenter de la justification selon laquelle il est parfois plus rapide de pratiquer un examen au motif qu'on n'a pas sous la main les résultats du même examen pratiqué récemment (parce que le patient ne les a pas, ou ne les a pas apportés, et qu'il serait trop long d'y accéder) ? La redondance des actes peut aussi être liée à l'absence de suivi postopératoire. Les actes sont aussi à la source de revenus... Elargissant le sujet, un médecin met en cause la pertinence de certains actes, tels le dépistage trop systématique des cancers du sein ou de la prostate, ou encore le recours excessif à la chirurgie du dos, ainsi que la prescription abusive de médicaments inutiles, voire dangereux.

Comment progresser ?

Le HCAAM, précise l'invité, est une force de conviction grâce à l'unanimité de ses membres sur les recommandations formulées sur la base du constat des pertes d'efficacité liées aux mauvaises organisations. Certes, on ne peut apporter de preuve scientifique de la pertinence de ses préconisations mais cela ne doit pas empêcher d'agir, tout en mesurant. Il faut viser l'installation de laboratoires et de prototypes dans lesquels seront testées les actions auxquelles correspondent les préconisations. Sans pour autant ignorer que la vision globale et la recherche d'efficacité centrées sur le patient posent des problèmes philosophiques, de méthodes et de moyens :

- sur le plan philosophique, les réseaux portaient de réflexions de spécialistes de telle ou telle maladie, ce qui est une approche par les savoirs et non par les besoins des patients, approche qui, au surplus, laissait entière la question des poly-pathologies. Les référentiels neuro-pathologiques de la Haute autorité de santé sont tous construits par des spécialistes, tandis que les généralistes manquent de référentiels sur les poly-pathologies. A noter que la MSA a travaillé, elle, sur une approche d'ensemble des problèmes gérontologiques ;
- en termes de méthodes, il faut multiplier les expérimentations avec un guichet administratif de validation, et prendre en charge la difficile synthèse de ces expérimentations nombreuses ;
- quant aux moyens, ils restent insuffisants : l'assurance maladie n'ose pas miser à fond sur une démarche expérimentale d'ensemble qu'elle financerait dans toute son étendue, y compris les outils

⁹ Ce participant se présente comme acteur d'un réseau de soins en matière de soins palliatifs et s'offre à mettre en relation le HCAAM avec ce réseau.

de suivi. A quoi s'ajoute un manque de personnels de santé de niveau bac+5, qui seraient précieux dans le fonctionnement du système.

Un participant estime que les préconisations du HCAAM ont un caractère révolutionnaire par leur volonté d'en revenir aux sources de 1946. Mais qui va décider et qui va payer ? En 1946, la France était encore très jacobine et se prêtait à des politiques définies autoritairement. Ce n'est plus le cas. Le HCAAM semble exclure aussi de responsabiliser chacun par sa propre dépense de santé. Dans ces conditions, quelle est la voie à suivre ? Un médecin se demande, pour sa part, s'il existe en France un projet politique en matière de santé quand il constate que le débat se concentre sur les dépassements d'honoraires... En matière d'organisation du système de soins, il adhère à l'idée d'affirmer la position pilote du généraliste mais il souligne que celui-ci, mal payé, est enclin à multiplier ses consultations plutôt qu'à faire des synthèses pour chaque malade. Selon lui, les généralistes étant mieux payés en Grande-Bretagne (et étant payés indépendamment du nombre d'actes), ils peuvent s'occuper plus tranquillement de leurs malades. Enfin, le même participant se montre d'accord sur l'idée des laboratoires et des prototypes mais recommande de ne surtout pas parler d'expérience, ce mot signifiant toujours en France la mort des projets. Le fond de la question est à ses yeux absolument politique.

L'invité en convient, et précise qu'un prototype n'est pas une expérimentation car on affirme à travers lui un choix politique fort. Il faut viser quelques prototypes voulus d'en haut et mis en œuvre sur le terrain, sur un territoire précis, et avoir des outils d'échanges entre professionnels. On pourrait ainsi, par exemple, mettre en concurrence des projets différents de systèmes de prévention.

Certes, le consensus dégagé au sein du HCAAM n'a pas encore un caractère très engageant et on peut craindre, si trop de temps s'écoule entre les préconisations et la prise en charge politique, que chacun de ses membres, de retour dans son environnement, ne revienne à ses habitudes. Il y a néanmoins une dynamique au sein du groupe, ce qui est notable car les 66 membres du HCAAM représentent tout le monde (sauf l'aide sociale). L'enjeu clé est bien la tarification et le vif du sujet la question des rémunérations. Tous les acteurs espèrent gagner à un changement ; tous n'y gagneront pas et certains y perdront. Pour une politique s'inscrivant dans la durée, la seule tarification à l'activité ou à l'acte (en milieu hospitalier ou en ville) n'est pas une solution adaptée. Il faut imaginer des rémunérations collectives : il serait en effet contradictoire de préconiser une proximité pluridisciplinaire et de maintenir une tarification par profession. Il faut des tarifications qui incitent à la coordination des soins et non le contraire. Tous les membres du HCAAM ont admis la nécessité d'une remise en cause fondamentale en la matière.

Un participant, prospectiviste de métier, mentionne que différents faits ont un impact sur le système de santé. Ainsi, on parle toujours de la démographie médicale et des aspirations des jeunes médecins – sujet certes important, puisqu'il est susceptible d'amener des décisions réglementaires d'organisation des soins - mais il faudrait parler aussi des évolutions technologiques (par exemple la télémédecine) ou encore de l'impact juridique lié à la prolifération des procès aussitôt qu'il y a un doute sur la pertinence ou l'efficacité des soins. Un autre participant demande si le HCAAM prend en compte les retombées à long terme sur la santé de la population de comportements économiques dont la nocivité paraît avérée, tels que l'addition de produits allergisants ou perturbateurs endocriniens à la nourriture et à la boisson ou le maintien d'une forte proportion de moteurs diesel dans le parc automobile alors que ces moteurs émettent des particules dangereuses.

Le HCAAM ne peut pas tout faire, répond l'invité. Des interventions à l'extérieur du système de soins sont assurément souhaitables, avec des approches plus globales. Mais il y a aussi beaucoup à faire à l'intérieur du système. Force est de constater la passivité envers certaines pratiques soignantes comme l'abus de coloscopies ou d'examen endoscopiques, ou envers la sous utilisation des génériques (20 % des consommations en France contre 60 % aux Pays-Bas). Il faut penser en termes de film et d'images, c'est-à-dire travailler à la fois sur les dynamiques et sur les pratiques. Il faut élaborer des protocoles de travail entre professionnels, tout en étant conscient qu'entre ceux-ci la confiance repose sur l'échange verbal plus que sur des documents. Par exemple, les prescriptions de sortie de l'hôpital ont beaucoup plus de chances d'être respectées si elles sont expliquées par un coup de téléphone au médecin traitant.

Au total, ce que la statistique révèle des causes profondes d'un déficit récurrent et insoutenable dans la durée conduit à s'interroger sur les fondements philosophiques du système de soins, sur son organisation, sur son financement, ainsi que sur les rôles, la rétribution et la coordination des actions de tous les personnels de santé.



Annexe 1 : diaporama statistique

Annexe 2 : illustration du tableau de bord du HCAAM

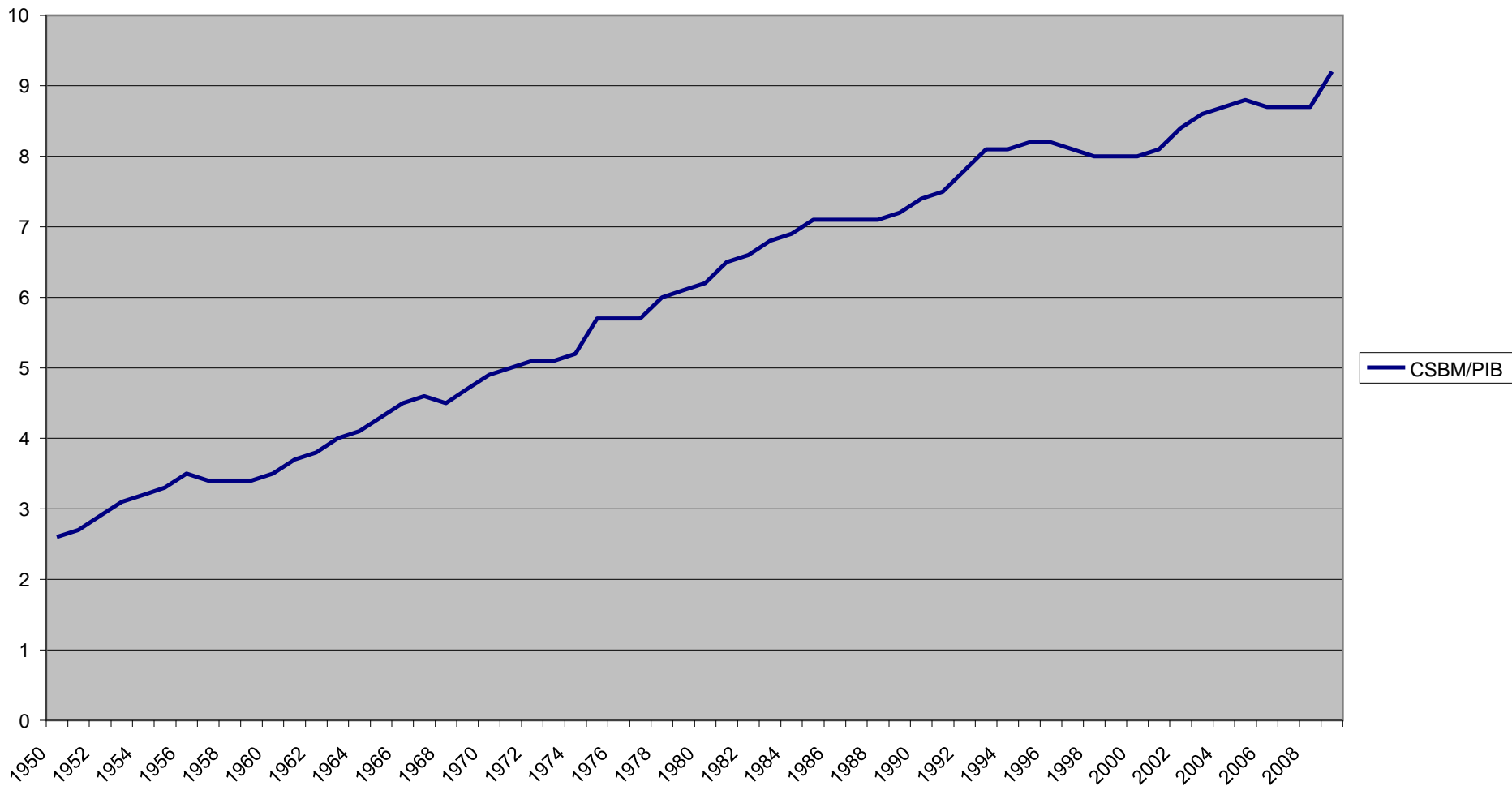
Café de la statistique

9 octobre 2012

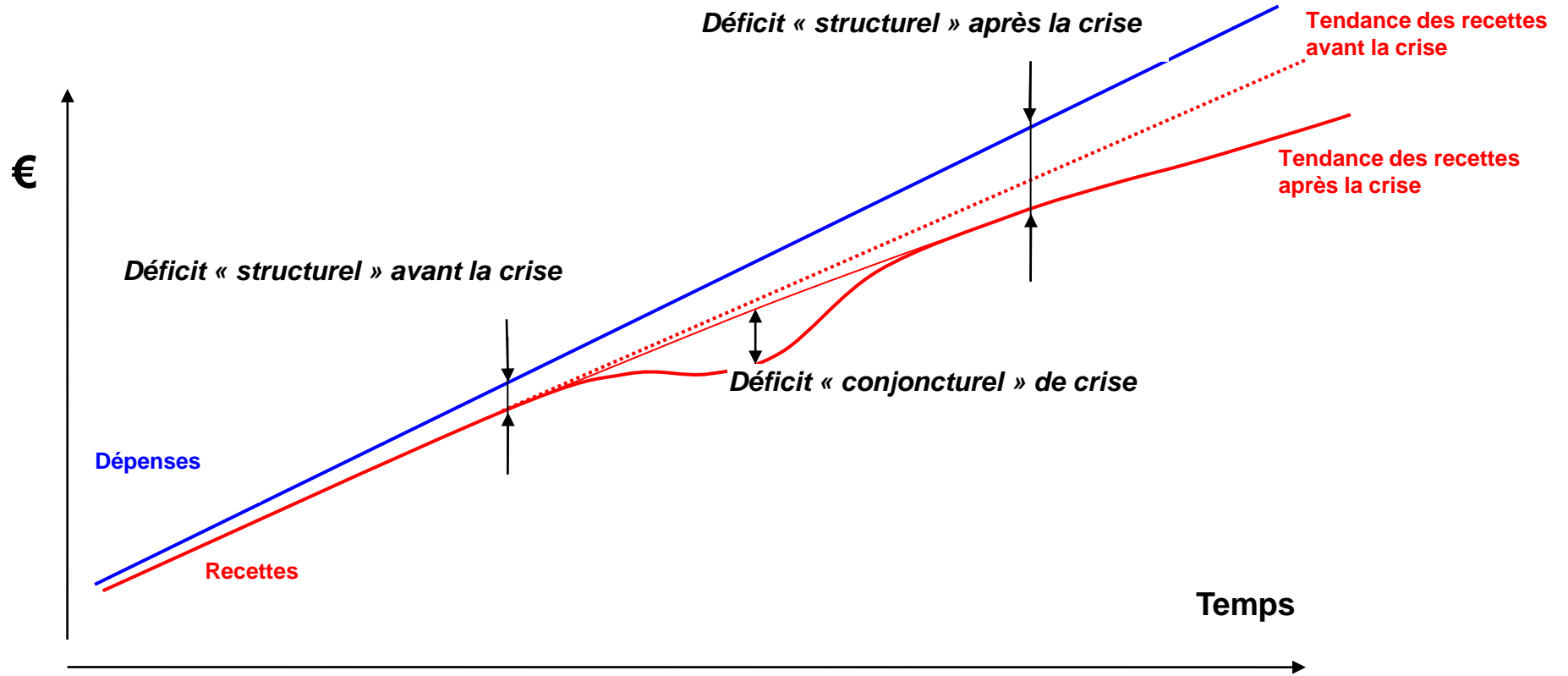
Part croissante de la consommation de « biens et services médicaux »
(CSBM) dans le produit intérieur brut de la France :

1950 : 2,8% du PIB

2010 : 9,2% du PIB



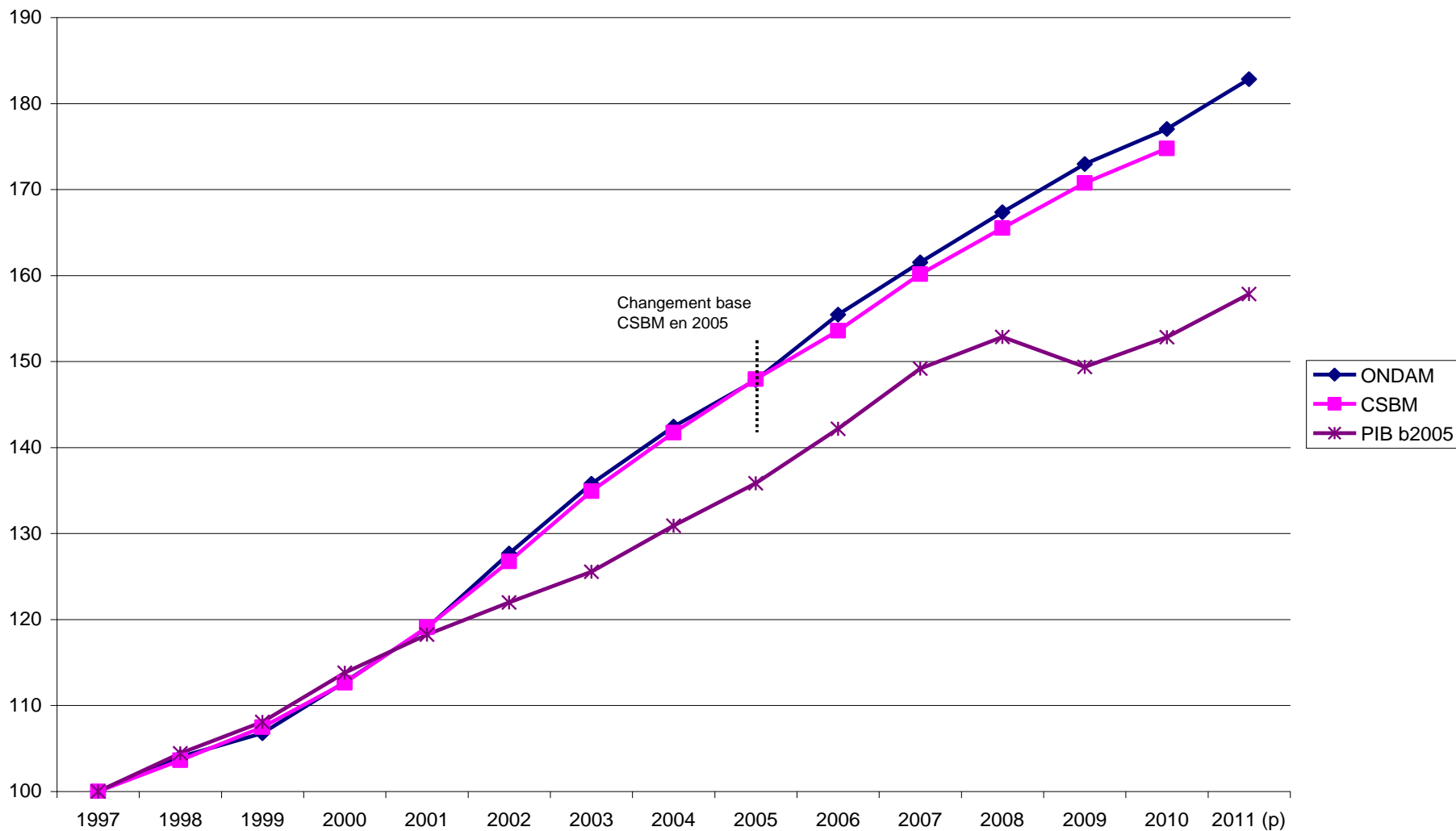
Source : DREES, comptes de la santé, série rétrospective.



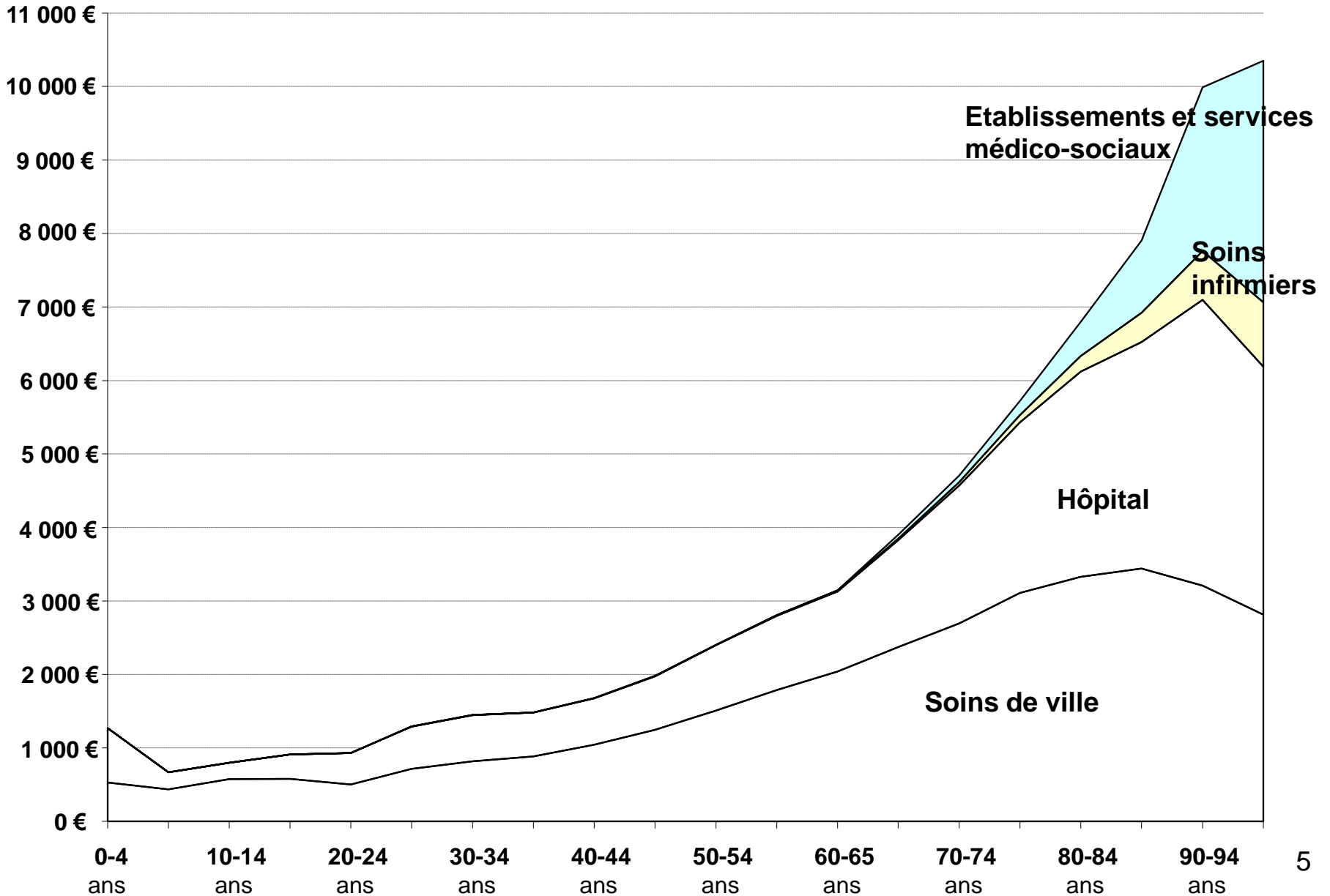
Evolution en base 100 1997 de l'ONDAM, de la CSBM et du PIB

Ondam : objectif national de dépenses d'assurance-maladie

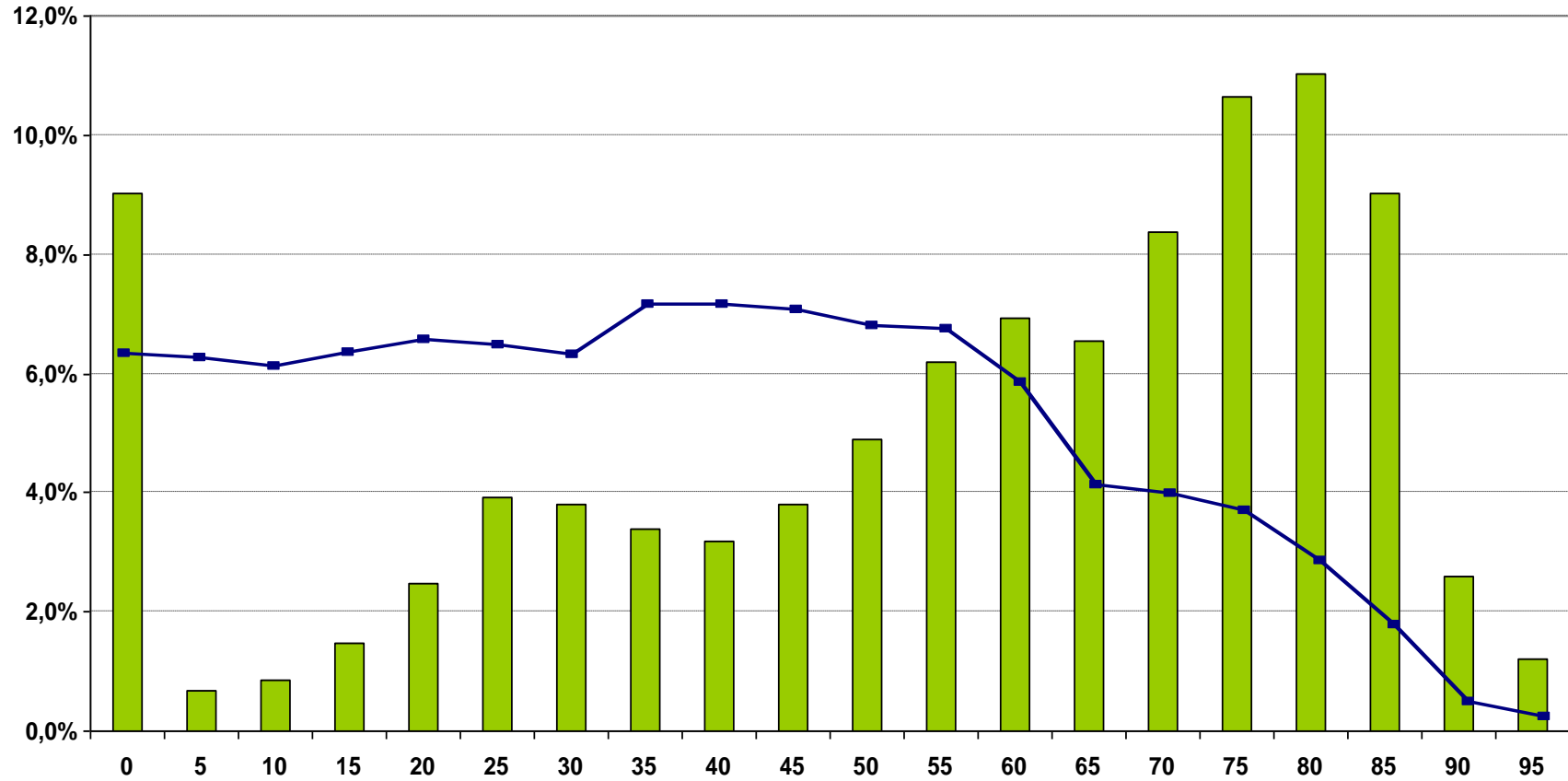
Csbm : consommation de biens et services médicaux



Montant total des dépenses de santé par personne en fonction de la classe d'âge (2008)



Journées d'hospitalisation



Nota : la courbe en noir représente la part dans la population

ALD : affections de longue durée

Part des ALD dans la population (régime général, 2008)

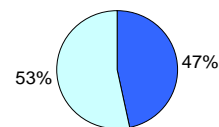
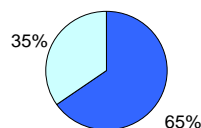
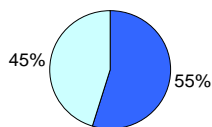


Part des ALD dans les dépenses présentées au remboursement (régime général, 2008)

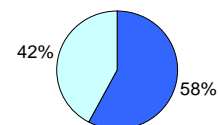
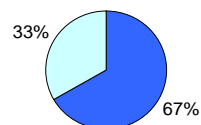
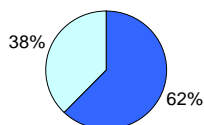
Total

Hôpital

Soins de ville



Part des ALD dans les dépenses remboursées (régime général, 2008)

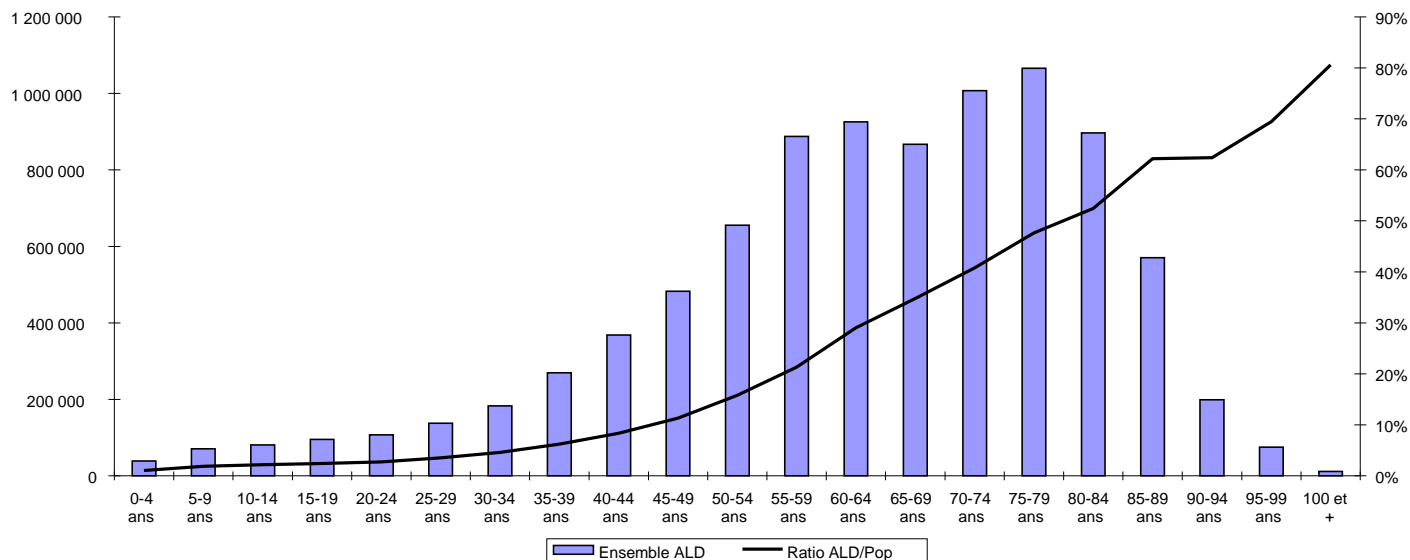


Source CNAMTS, Rapport charges et produits, 2009, DREES microsimulation pour le partage ville-hôpital, calculs SG du HCAAM

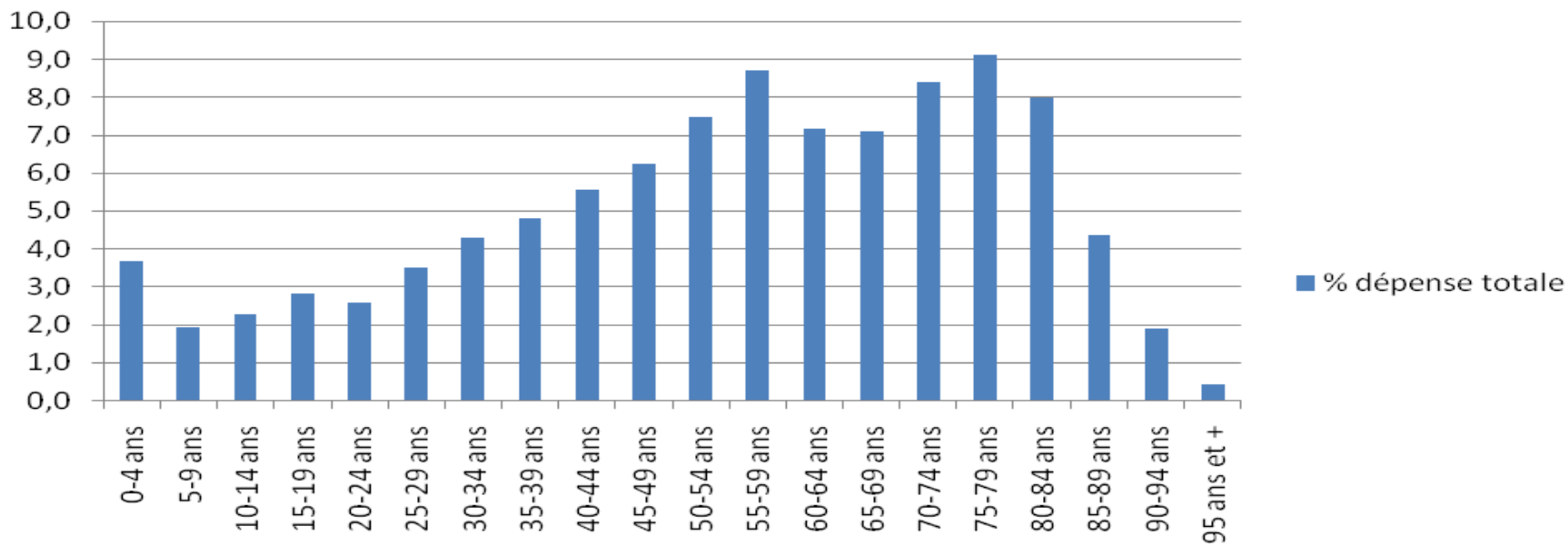
La concentration de la dépense sur les personnes en ALD est plus forte à l'hôpital qu'en ville.

On constate qu'il s'agit essentiellement d'une concentration de la dépense présentée : l'effet « exonération à 100% » contribue évidemment à accroître encore cette concentration de la dépense remboursée sur les personnes en ALD (essentiellement en ville), mais il n'intervient qu'en second rang : en d'autres termes, c'est plus par le montant de leurs dépenses que par l'exonération dont ils bénéficient que les personnes « en ALD » concentrent vers elles l'effort de l'assurance maladie.

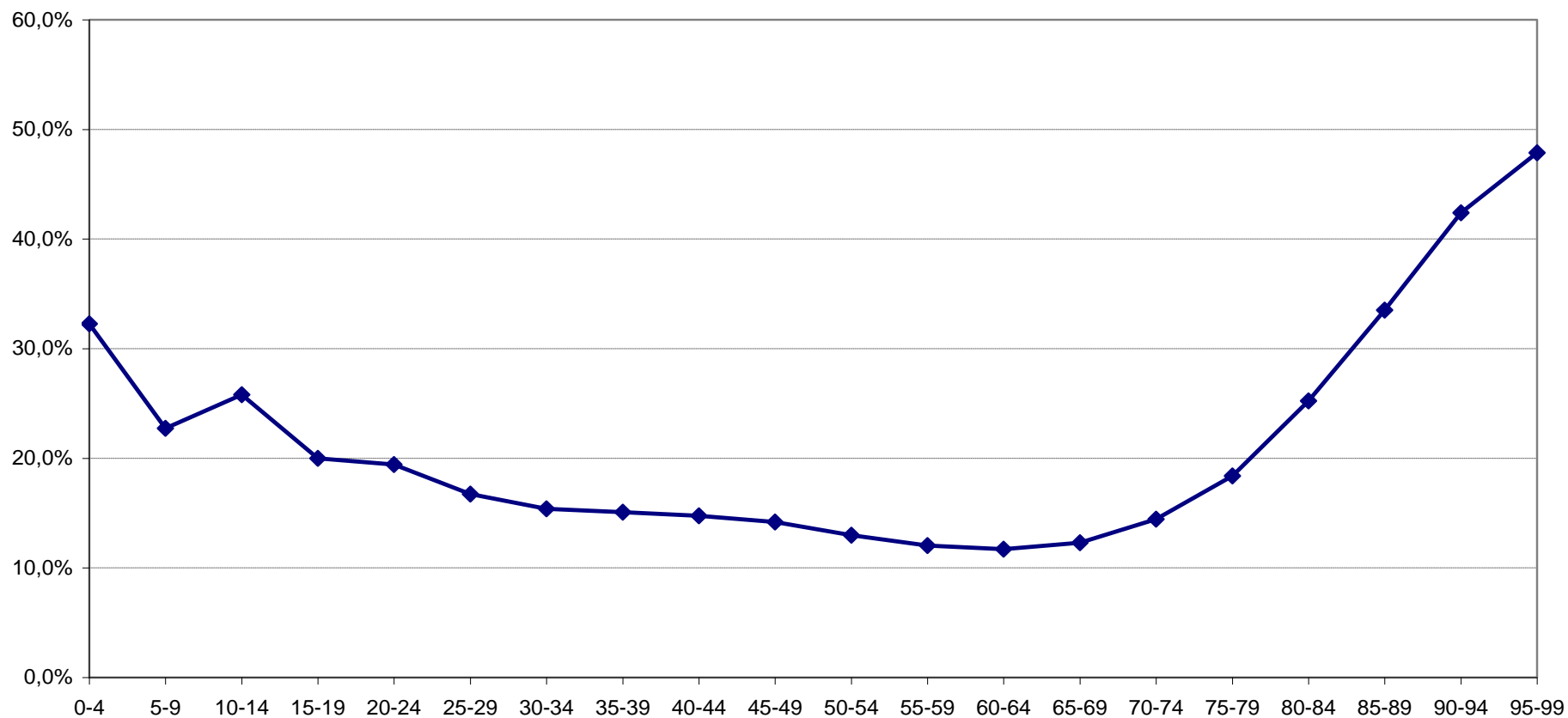
Graphique 2 - Répartition par tranches d'âge du nombre de personnes en ALD et proportion en % de la population en 2007



Répartition de la dépense totale entre les tranches d'âge



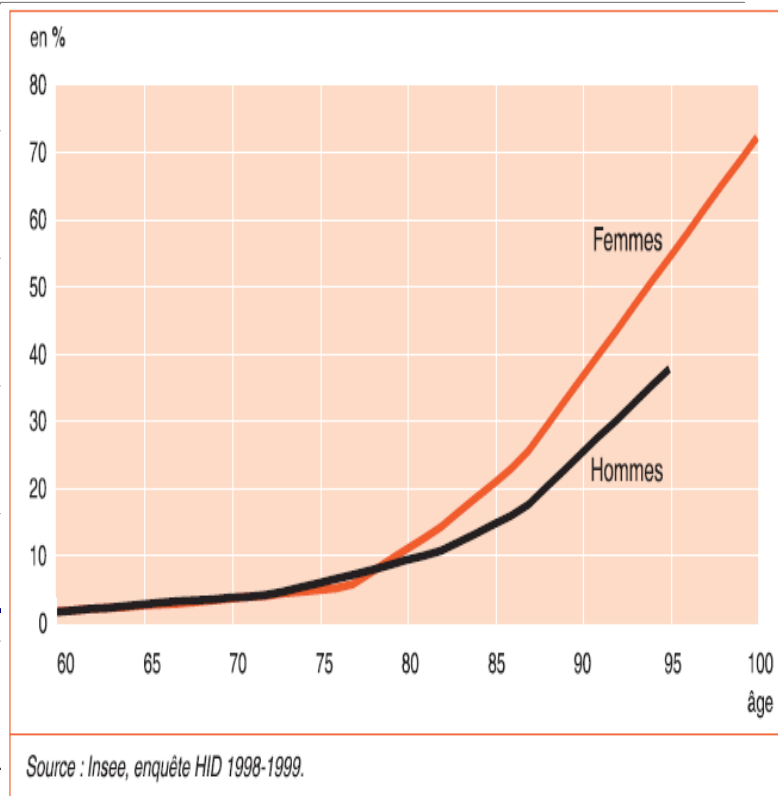
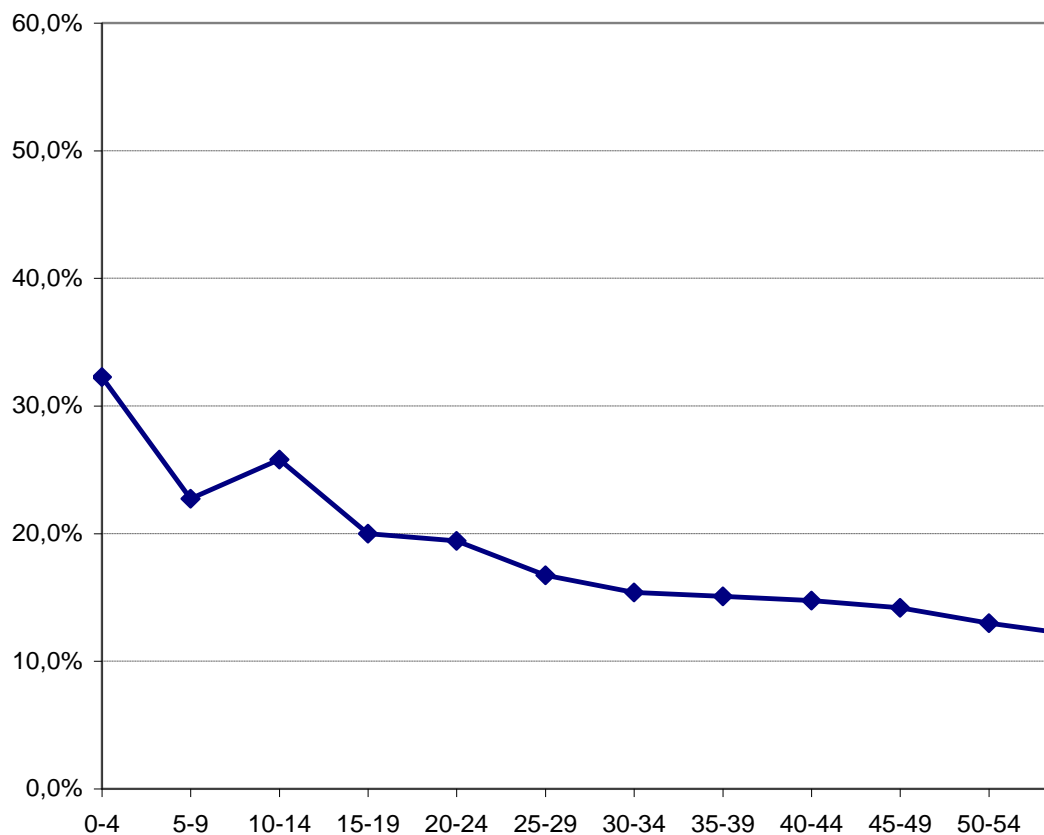
**Part des séjours hospitaliers en MCO pour lesquels le patient est arrivé par les urgences
(2008)
hors CMD 14, 15 et 28
Tous régimes**



MCO : médecine, chirurgie et obstétrique

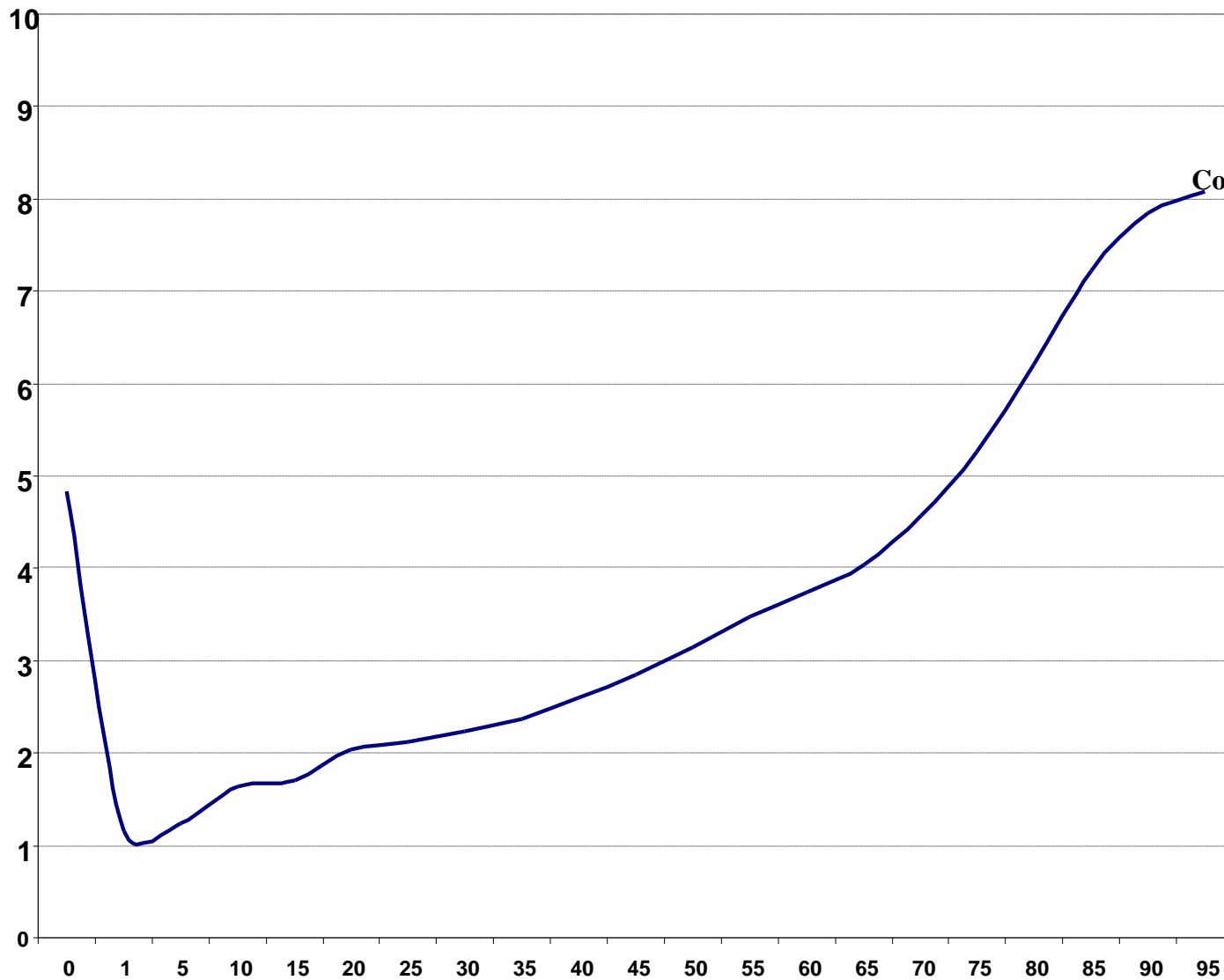
« Hors CMD 14,15 et 28 » : hors des catégories majeures de diagnostic grossesses path., nouveaux-nés, séances

**Part des séjours hospitaliers en MCO pour lesquels le patient est arrivé par les urgences
(2008)
hors CMD 14, 15 et 28
Tous régimes**



Durée moyenne de séjour à l'hôpital (médecine / chirurgie) en fonction de l'âge

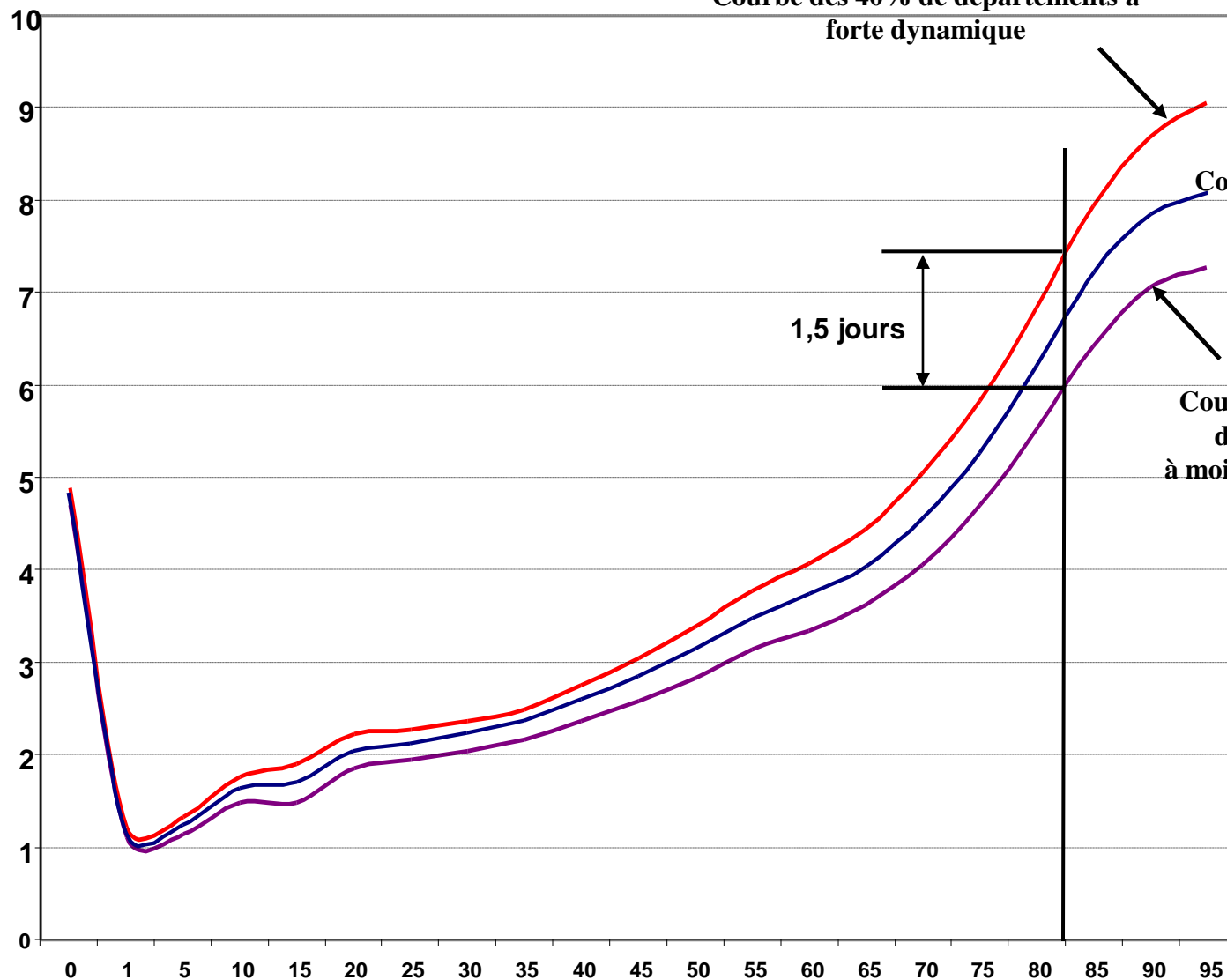
Nombre de jours



Courbe pour la France
métropolitaine

Durée moyenne de séjour à l'hôpital (médecine / chirurgie) en fonction de l'âge

Nombre de jours



Courbe des 40% de départements à forte dynamique

Courbe pour la France métropolitaine

Courbe des 20% de départements à moindre dynamique

1,5 jours

Vieillessement de la population (longévité)

Progrès des technologies diagnostiques et thérapeutiques

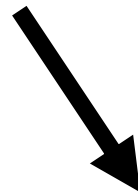
(notamment : croissance du coût individuel de santé aux grands âges)

(notamment : phénomènes de « diffusion » de l'innovation)

Croissance de la dépense de santé

Vieillessement de la population (longévité)

Progrès des technologies diagnostiques et thérapeutiques



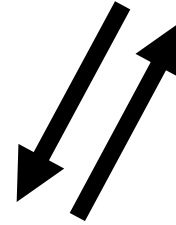
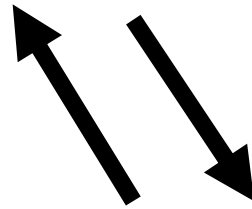
« Transition épidémiologique » (maladies chroniques, poly-pathologie)



Croissance de la dépense de santé

Vieillessement de la population (longévité)

Progrès des technologies diagnostiques et thérapeutiques



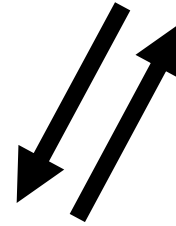
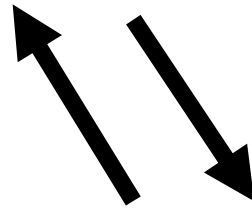
« Transition épidémiologique » (maladies chroniques, poly-pathologie)



Croissance de la dépense de santé

Vieillesse de la
population (longévité)

Progrès des technologies
diagnostiques et thérapeutiques



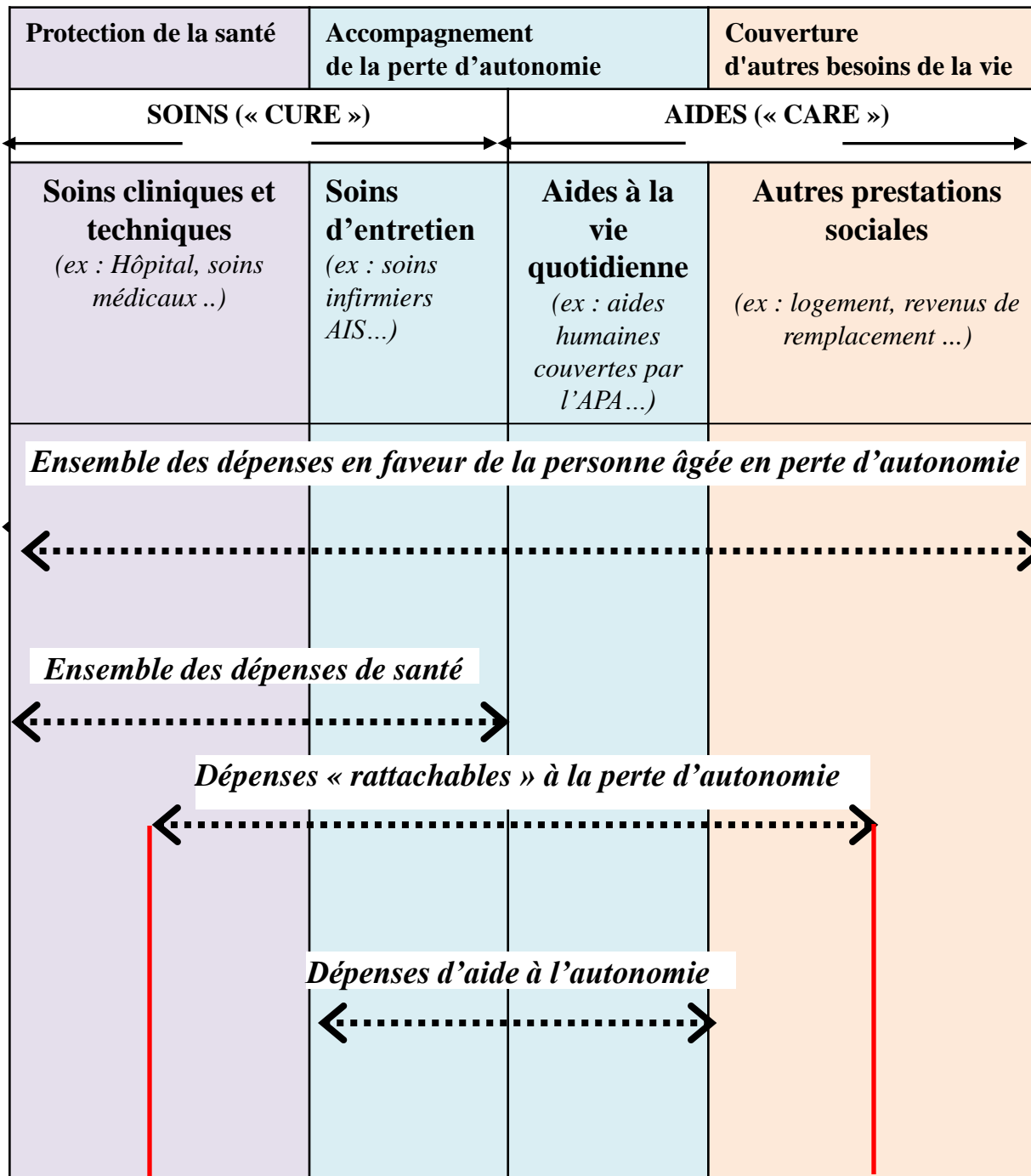
« Transition épidémiologique » (maladies chroniques, poly-pathologie)



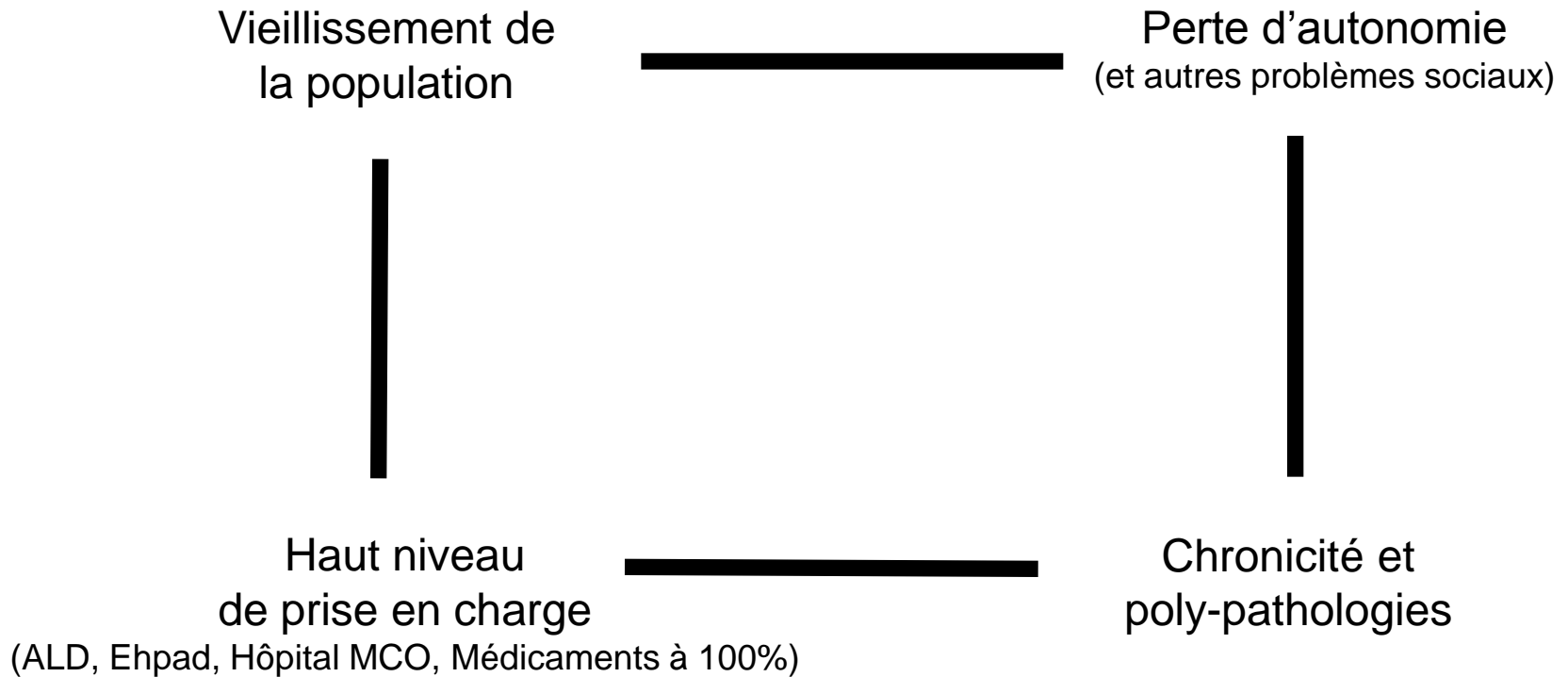
Complexité des parcours
Problèmes d'autonomie
Insuffisante coordination
soignante et sociale



Croissance de la
dépense de santé



Le « carré tragique » de l'assurance maladie



Les quatre dimensions de la coordination :

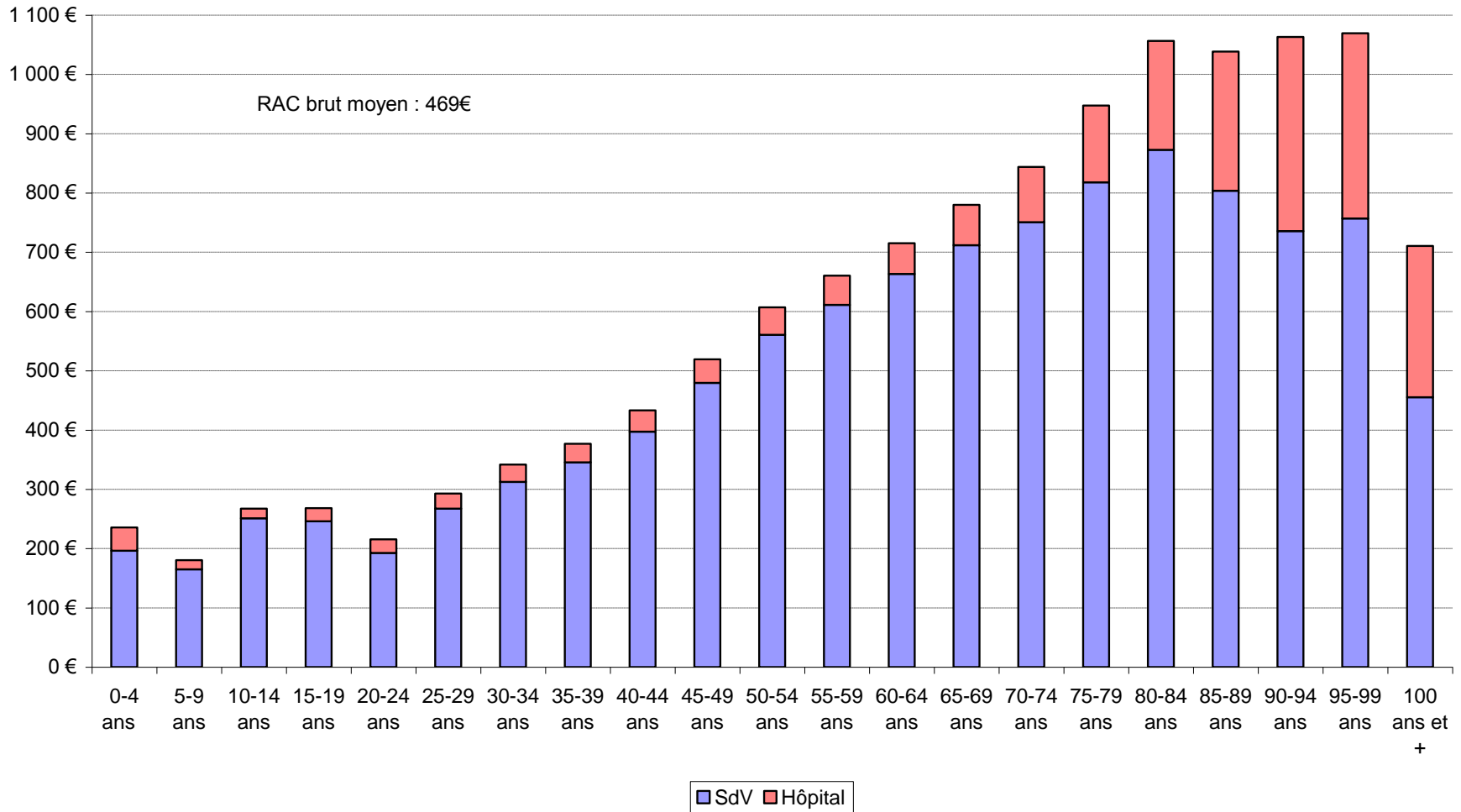
-La qualité de l'échange d'information

-La fonction de pilotage

-L'articulation du sanitaire et du social

-L'implication du patient

RAC après AMO en soins de ville et soins hospitaliers, par habitant, en 2008



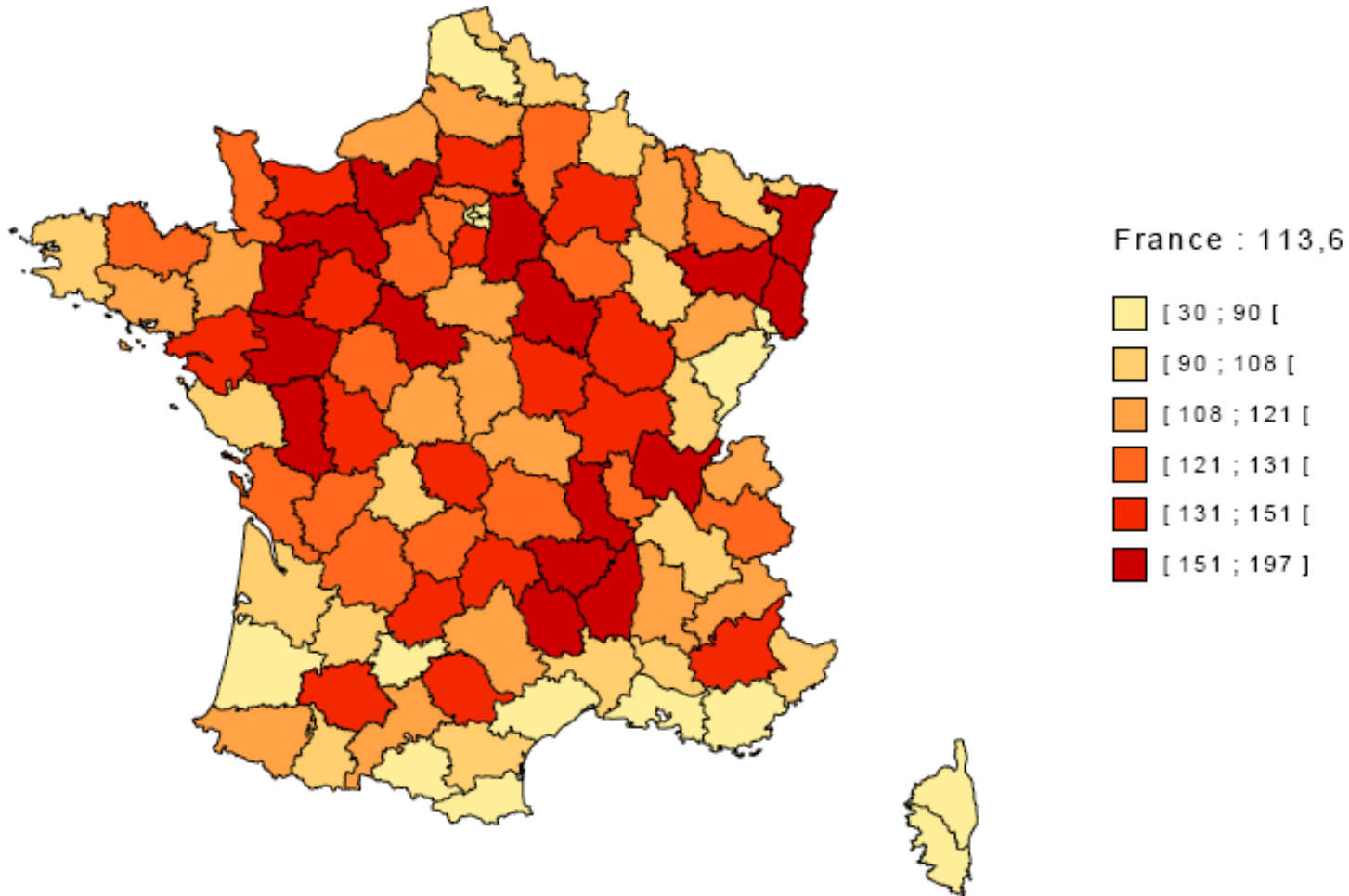
Sources : CNAMTS, EGB 2008 ; PMSI MCO 2008, PMSI HAD 2008, RIM P 2008 et PMSI SSR 2008.
 Retraitements : secrétariat général du HCAAM.

RAC : reste à charge des patients ; AMO : assurance-maladie obligatoire

Répartition territoriale des places EHPAD et USLD : écart interdépartemental de 1 à 5 (sur population de plus de 75 ans)

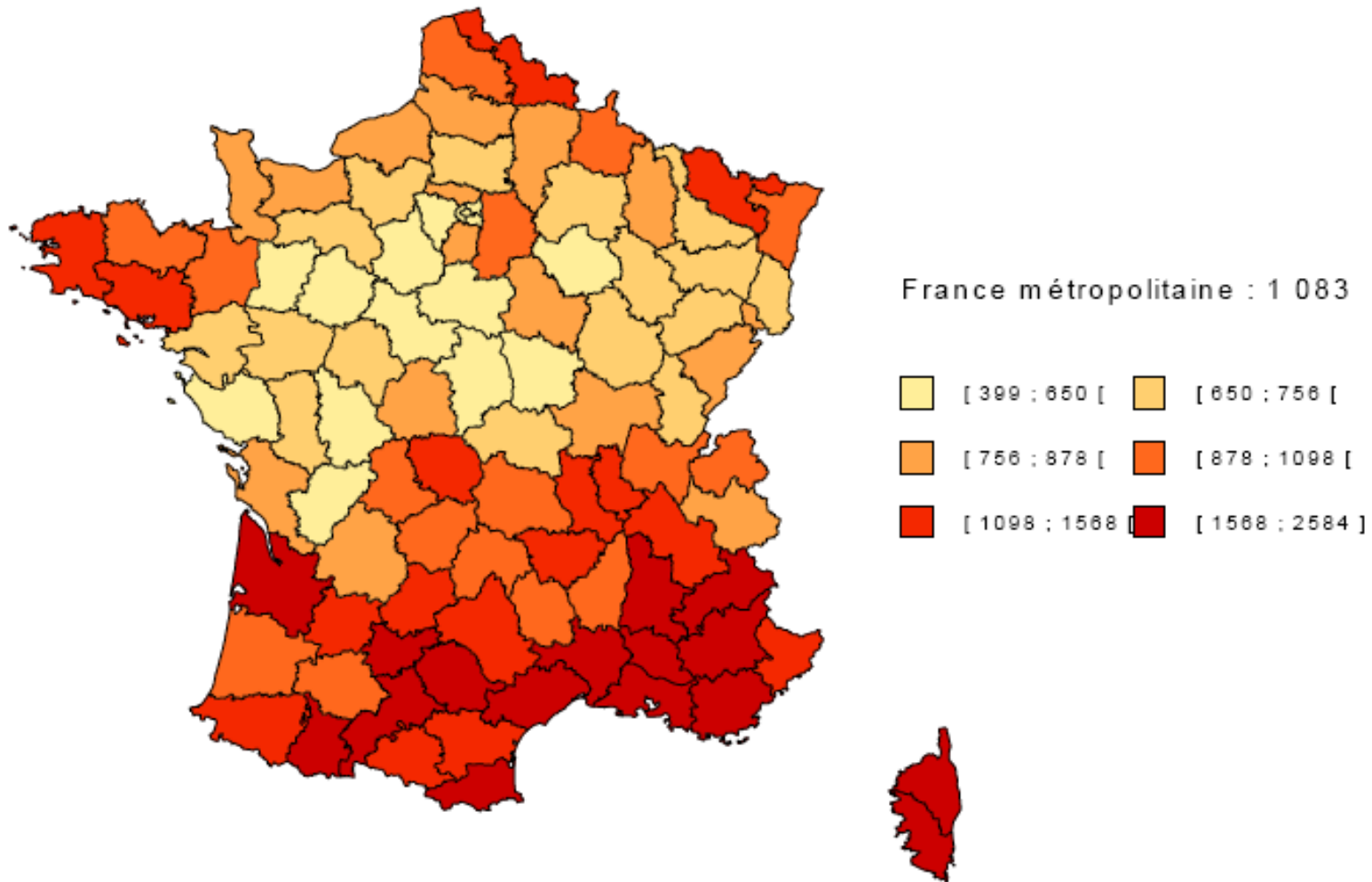
EHPAD : établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante ; USLD : unité de soins de longue durée (hôpitaux)

Nombre de places en hébergement médicalisé pour 1.000 habitants de 75 ans et plus, en 2008

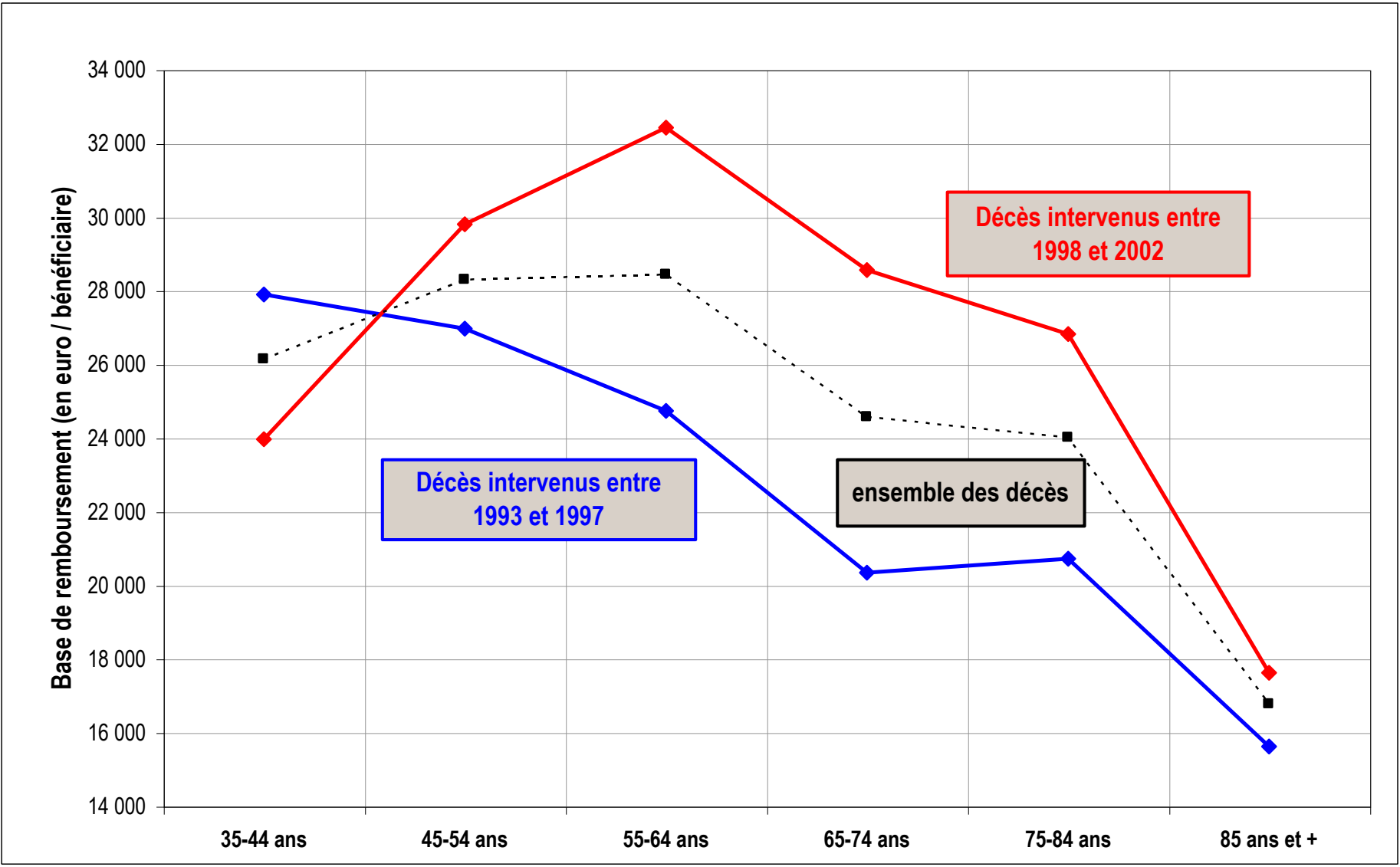


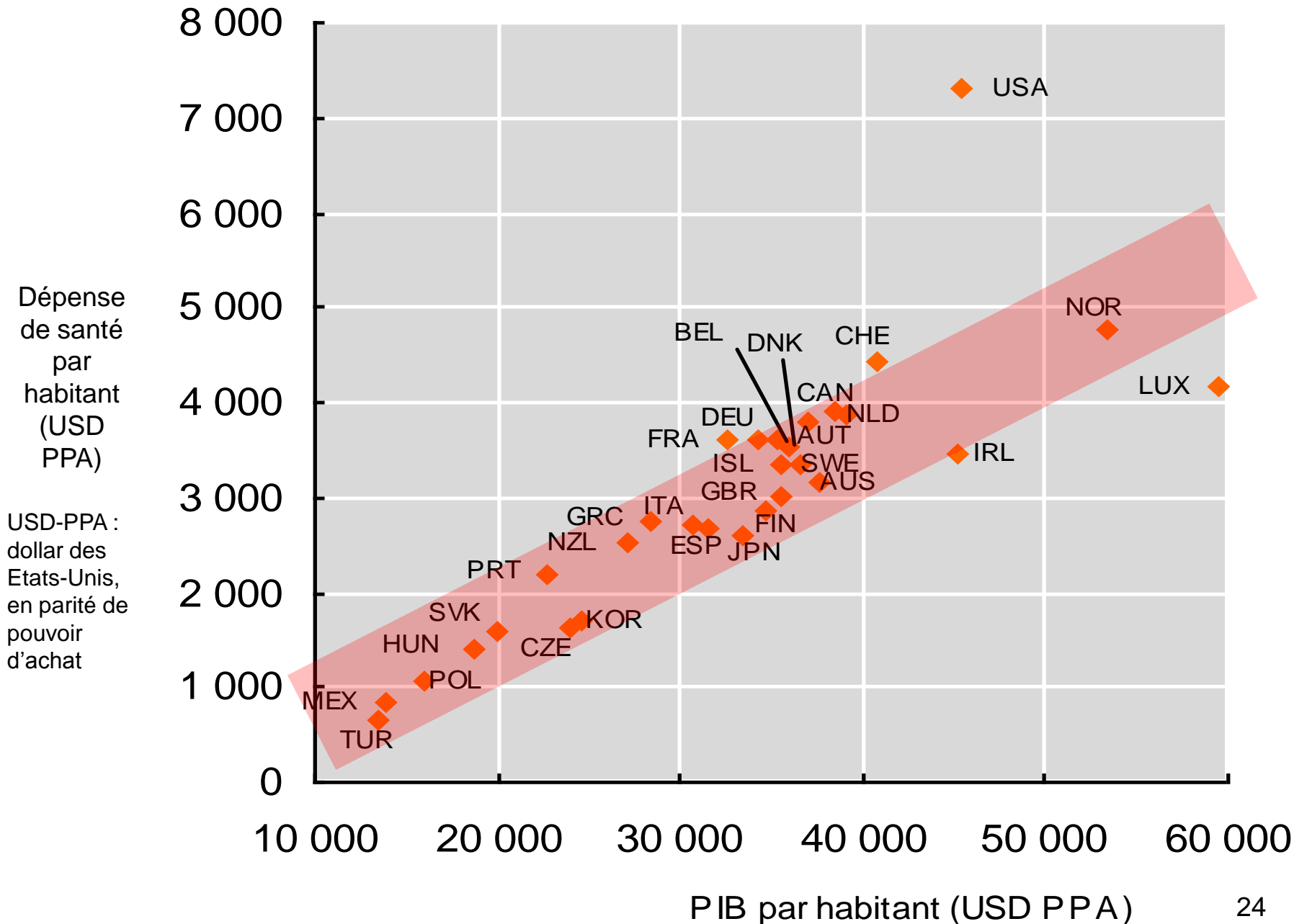
Répartition territoriale infirmières libérales : écart interdépartemental de 1 à 6

Nombre d'infirmiers pour 100 000 habitants de 75 ans ou plus en 2008



**Consommation moyenne des personnes décédées
entre 1993 et 1997 d'une part, entre 1998 et 2002 d'autre part,
au cours de leurs deux dernières années civiles de vie en fonction de leur âge au décès**

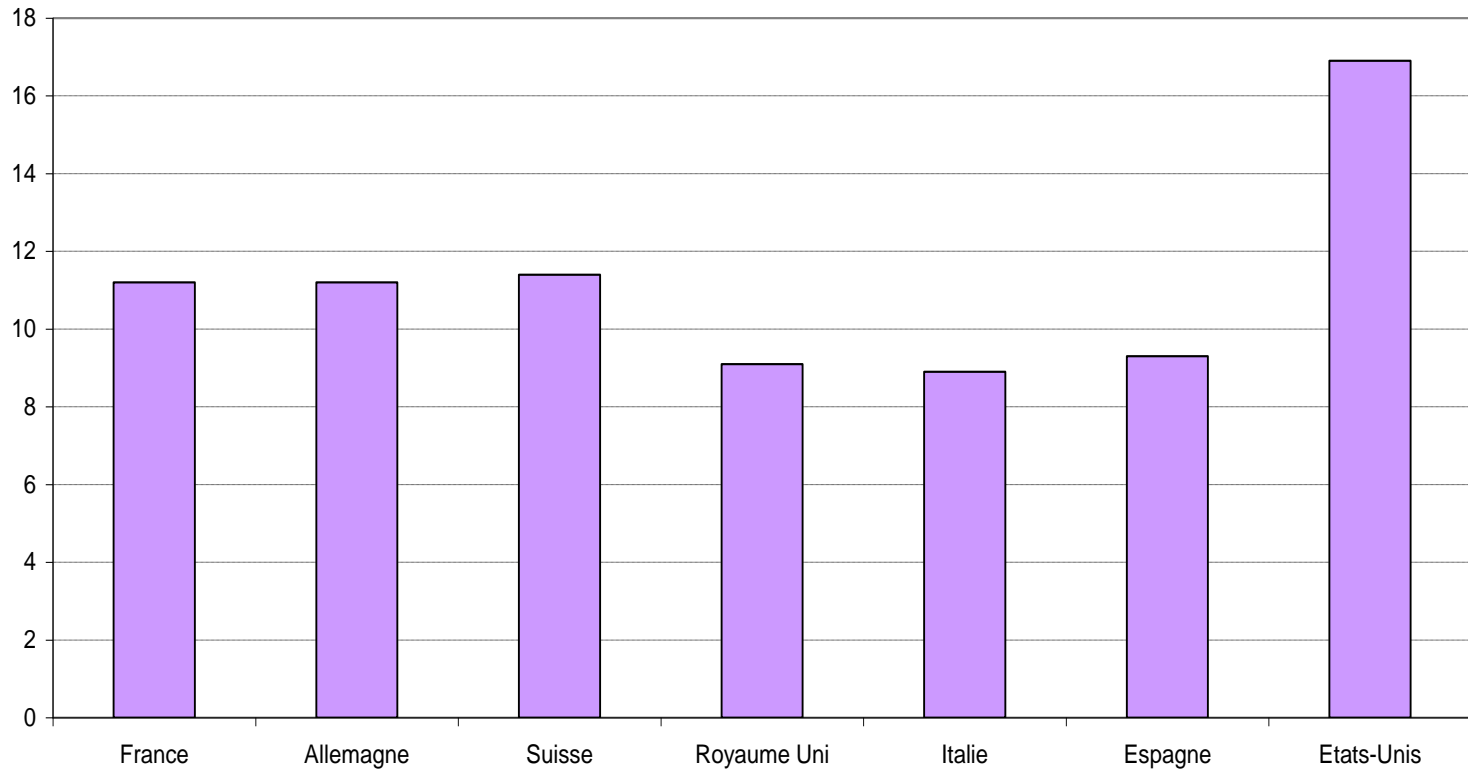




Source OCDE

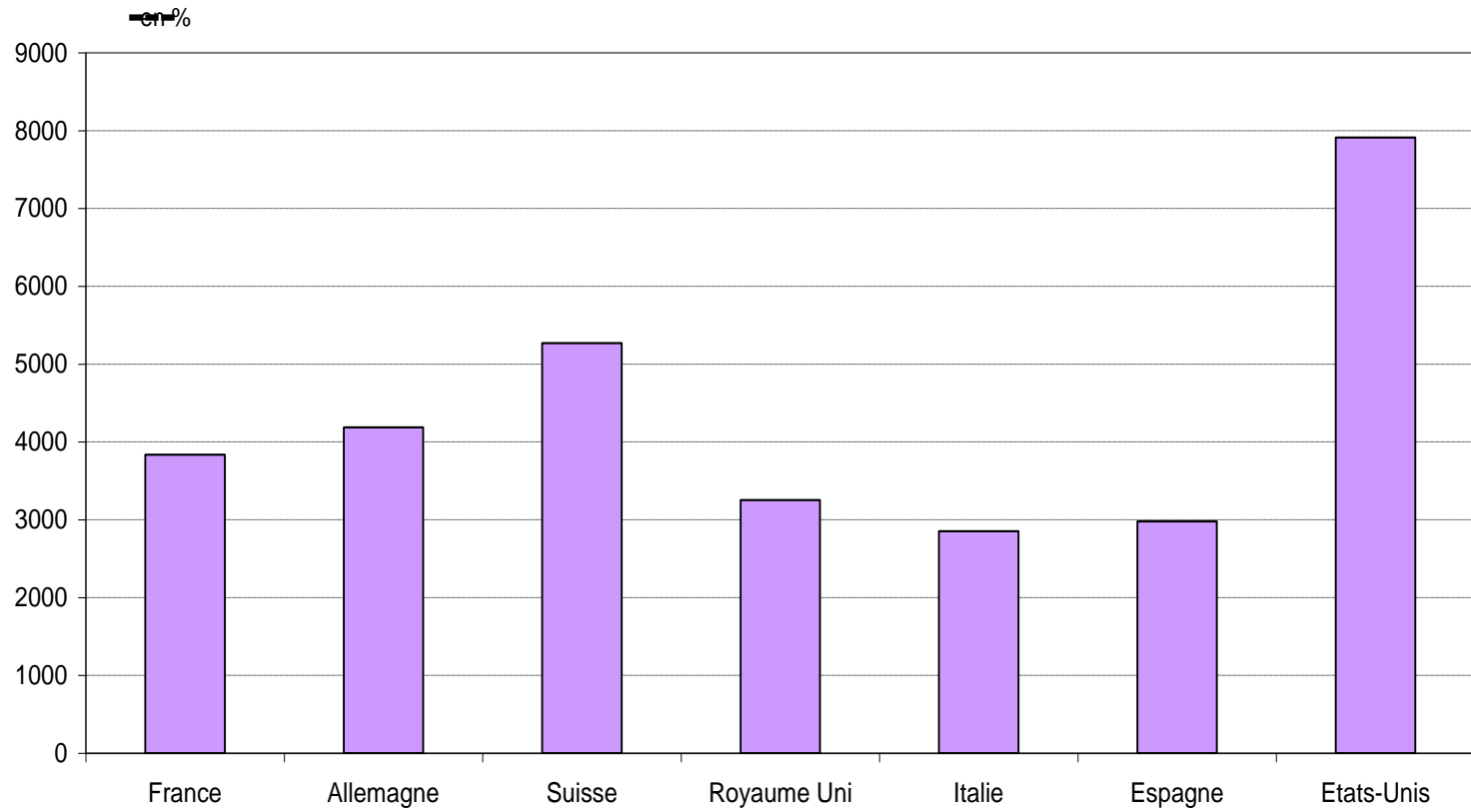
Dépenses de santé en part du PIB 2010

en %



Source OCDE

Dépenses totales de santé en \$ PPA 2009



Espérance de vie à 35 ans

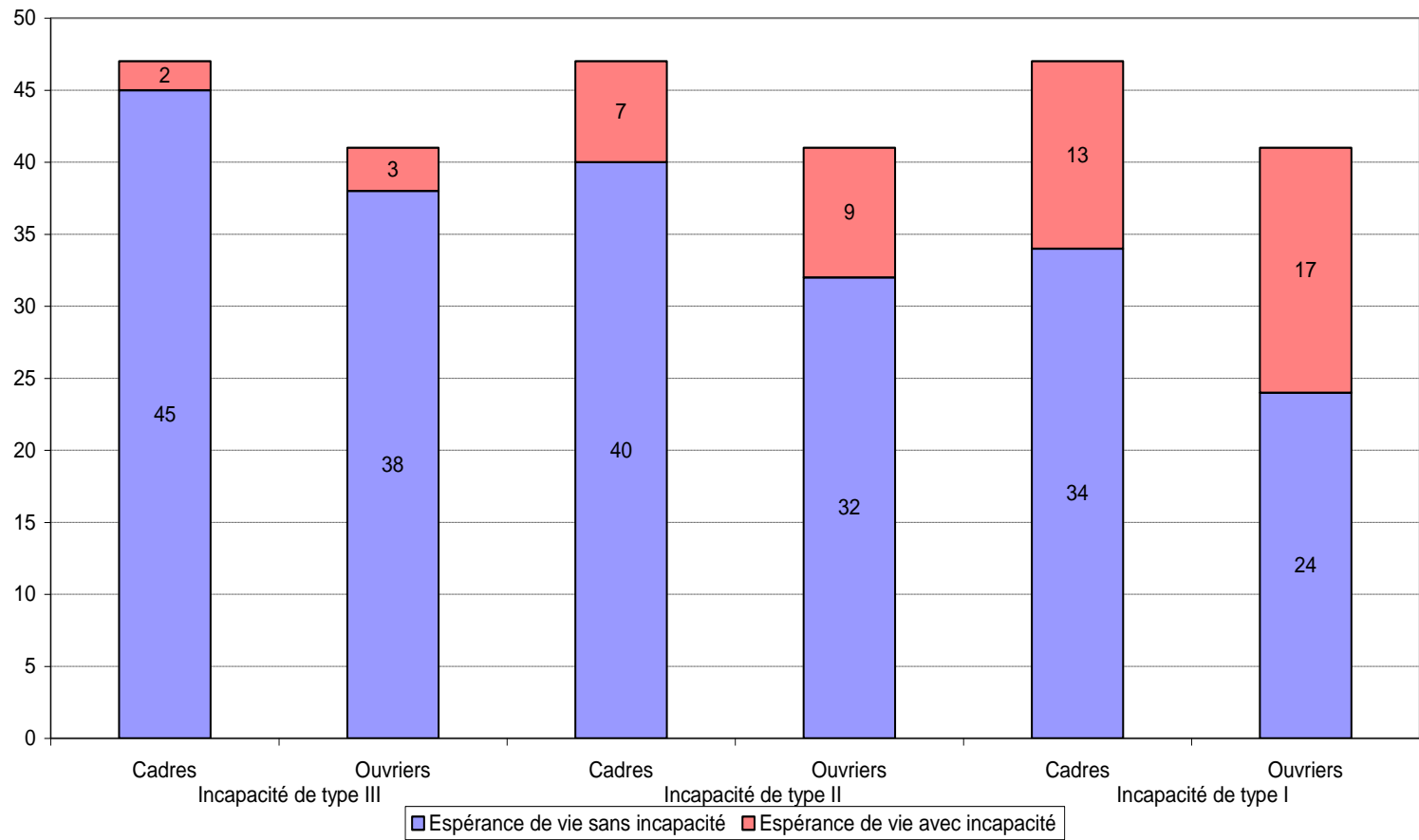
	Cadres	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble	Ecart cadres- ouvriers
Hommes									
1976-1984	41,7	40,5	40,3	39,6	37,2	35,7	27,7	37,8	6,0
1983-1991	43,7	41,6	41,7	41,0	38,6	37,3	27,5	39,2	6,4
1991-1999	45,8	43,0	43,6	43,1	40,1	38,8	28,4	40,8	7,0
2000-2008	47,2	45,1	44,6	44,8	42,3	40,9	30,4	42,8	6,3
<i>Ecart entre 2000-2008 et 1976-1984</i>	5,5	4,6	4,3	5,2	5,1	5,2	2,7	5,0	
Femmes									
1976-1984	47,5	46,4	45,7	46,0	45,6	44,4	44,3	45,0	3,1
1983-1991	49,7	48,1	46,8	47,4	47,4	46,3	45,4	46,4	3,4
1991-1999	49,8	49,5	48,8	48,8	48,7	47,2	47,1	48,0	2,6
2000-2008	51,7	51,2	49,6	50,3	49,9	48,7	47,0	49,4	3,0
<i>Ecart entre 2000-2008 et 1976-1984</i>	4,2	4,8	3,9	4,3	4,3	4,3	2,7	4,4	

Lecture : en 2000-2008, l'espérance de vie des hommes cadres de 35 ans est de 47,2 ans, soit 6,3 ans de plus que celle des hommes ouvriers

Champ : France métropolitaine

Sources : INSEE – Echantillon démographique permanent, L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent – N. Blanpain – Octobre 2011, d'après données EDP de 1976 à 2008

Espérance de vie à 35 ans avec et sans incapacité chez les hommes selon la catégorie socio-professionnelle



Annexe 2

Tableau de bord du HCAAM

Volet : accessibilité financière des soins

Septembre 2012

Note : en raison de l'amélioration continue de la qualité des données sur les restes à charge et de plusieurs différences de champ entre les données ayant servi à l'élaboration du tableau de bord 2011 et du présent tableau de bord, les comparaisons terme à terme entre ces deux tableaux de bord ne sont pas possibles. En revanche, des comparaisons dans le temps, d'une année sur l'autre, ont été réalisées pour la première fois dans ce rapport grâce à des données construites avec la même méthodologie.

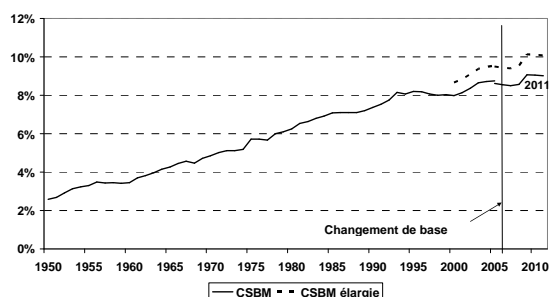
A. Données macroéconomiques de cadrage : les dépenses de santé et leur financement

• Les dépenses de santé

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 180 Mds d'€ en 2011 (9,0 % du PIB), en progression de 2,7 % par rapport à l'année précédente.

La CSBM élargie aux soins des personnes âgées et handicapées ainsi qu'à la prévention individuelle s'est établie à 201,3 Mds d'€ en 2011 (10,1 % du PIB), en hausse de 2,7 % par rapport à 2010.

Part de la CSBM et de la CSBM élargie dans le PIB



CSBM et CSBM élargie

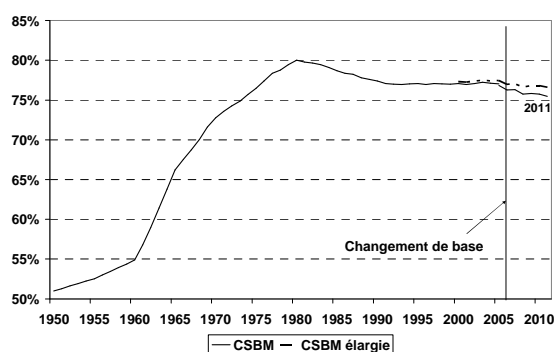
	Montants en millions d'€		N/N-1 en %
	2010	2011	
CSBM (1) dont	175 382	180 037	2,7
- Soins ambulatoires de ville	44 056	45 671	3,7
- Soins hospitaliers	81 426	83 582	2,6
- Transport de malades	3 787	3 900	3,0
- Médicaments	34 518	34 704	0,5
- Autres biens médicaux	11 595	12 180	5,0
SSAD	1 334	1 398	4,8
Soins aux personnes âgées en établissement (2)	7 665	7 963	3,9
Dépenses liées à la dépendance et au handicap (3)	8 255	8 531	3,3
Prévention individuelle (4)	3 391	3 417	0,8
CSBM élargie (1)+(2)+(3)+(4)	196 027	201 346	2,7

• Le financement des dépenses de santé

La CSBM est financée à hauteur de 75,5 % par la Sécurité sociale en 2011 (-0,3 point par rapport à 2010), par les organismes complémentaires pour 13,7 %. Les ménages financent directement 9,6 % de la CSBM, soit autant qu'en 2010.

La CSBM élargie est financée à hauteur de 76,6 % par la Sécurité sociale en 2011 (-0,2 point par rapport à 2010), par les organismes complémentaires pour 12,9 %. Les ménages financent directement 8,6 % de la CSBM élargie, comme en 2010.

Financement par la Sécurité Sociale de la CSBM et de la CSBM élargie



Structure de financement de la CSBM (en %)

	2005	2010	2011
CSBM			
Sécurité sociale	76,8%	75,8 %	75,5 %
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,2%	1,2 %	1,2 %
Organismes complémentaires	13,0%	13,5 %	13,7 %
Ménages	9,0%	9,6 %	9,6 %
CSBM élargie			
Sécurité sociale	77,4%	76,8 %	76,6 %
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,9%	1,9 %	1,9 %
Organismes complémentaires	12,5%	12,7 %	12,9 %
Ménages	8,1%	8,6 %	8,6 %

Source : données DREES, base 2005

Sources, champ:

Sources : DREES, comptes de la Santé, 2011

INSEE, Comptabilité nationale

Champ géographique : France entière

- **Financement par la Sécurité Sociale de la dépense présentée au remboursement (en %)**

En 2010, la part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité sociale est de 75,0 % pour l'ensemble des soins des consommateurs du régime général. Elle est de 59,7 % pour les personnes qui ne sont pas en ALD et de 88,0 % pour les personnes en ALD (pour leurs soins en rapport ou sans rapport avec leur affection).

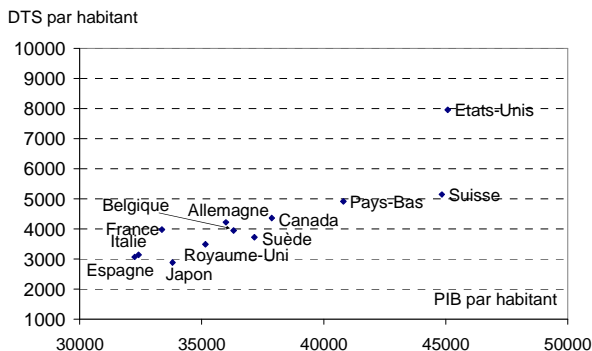
Part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité Sociale 2010

	Non ALD	ALD	Ensemble des consommateurs
Ensemble des soins	59,7	88,0	75,0
Soins ambulatoires hors optique	56,6	86,0	71,8
Soins ambulatoires y compris optique	51,6	84,0	67,7
Hôpital	88,6	95,1	92,9
<i>Pour mémoire : Part dans la population de consommateurs</i>	<i>82,4 %</i>	<i>17,6 %</i>	<i>100,0 %</i>

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2010, calculs SG HCAAM

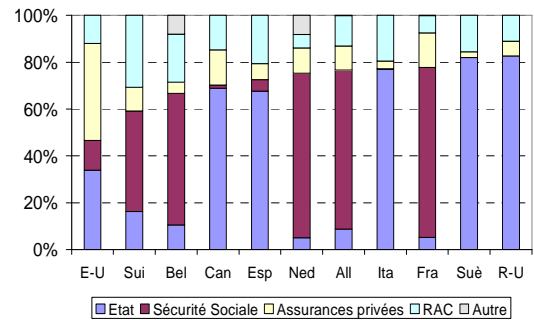
- **Comparaisons internationales**

Dépenses de santé totales par habitant et PIB par habitant (USD PPA), 2009



Japon : 2008

Financement des dépenses totales de santé en 2008



Sources, champs, définition :

RAC et Dépense présentée au remboursement

CNAMTS-ATIH, EGB apparié avec les données de l'ATIH sur l'hôpital MCO/PSY/SSR, 2010

Champ des assurés : Régime général hors SLM, migrants, bénéficiaires de l'AME

Champ des consommateurs : L'échantillon est constitué des personnes faisant partie du champ des assurés en 2008, en 2009 et en 2010 qui ont eu une dépense de soins en 2010, quel que soit le type de soins.

Champ des soins : soins de ville, hôpital MCO/PSY/SSR pour le secteur privé et hôpital MCO pour le secteur public. Les actes et consultations externes en activité libérale en clinique et à l'hôpital public ainsi que le secteur privé à l'hôpital public sont inclus dans les soins de ville. Les actes et consultations externes en activité salariée à l'hôpital public ne sont pas disponibles. Les chambres individuelles ne sont pas prises en compte.

Par rapport à la CSBM, la dépense présentée au remboursement exclut les dépenses de santé non remboursables par les régimes d'assurance obligatoires.

Champ géographique : France entière

Comparaisons internationales :

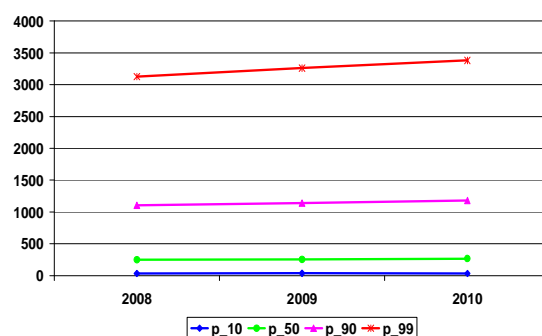
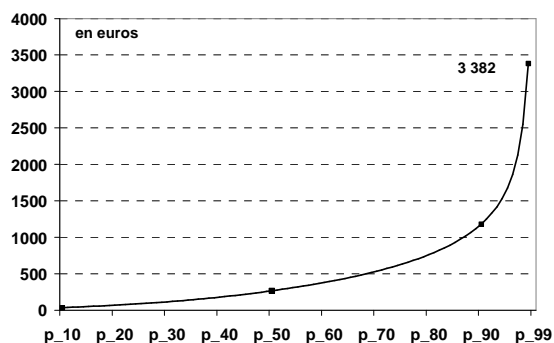
OCDE, Eco-Santé, 2010

B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

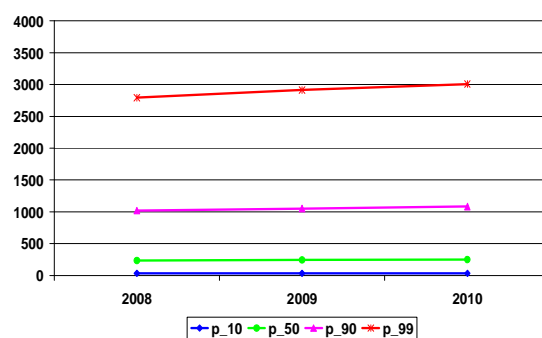
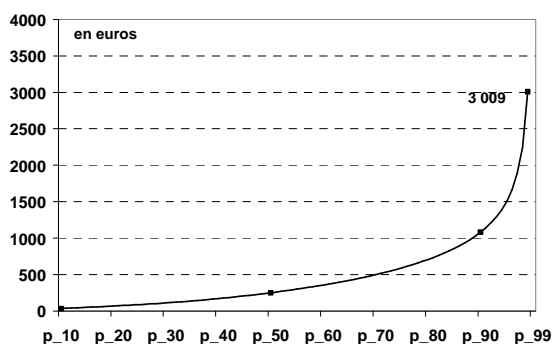
L'objectif d'accessibilité financière doit être atteint par un mécanisme de solidarité universelle entre bien-portants et malades. Son niveau d'aide est uniquement lié au coût de la maladie et ne dépend pas du revenu du malade. Les indicateurs associés à cet objectif mesurent la disparité des restes à charge après AMO en euros.

- Dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire en 2010
- Evolution dans le temps de la dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire

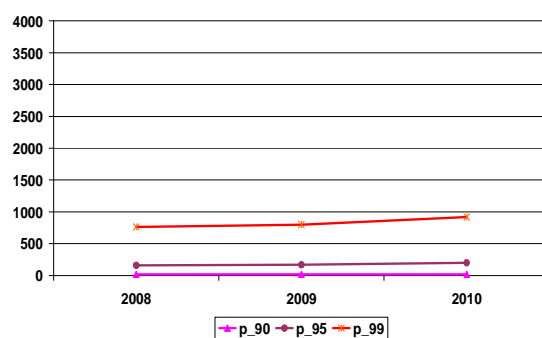
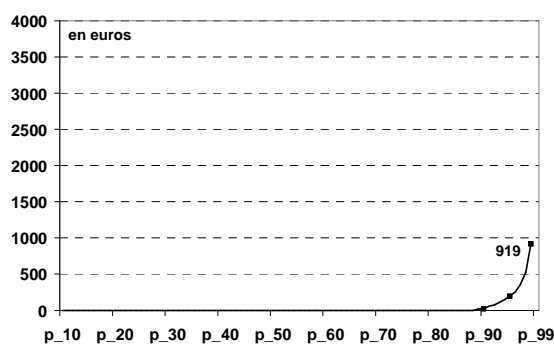
RAC après AMO sur l'ensemble des soins



RAC après AMO sur les soins de ville et consultations externes à l'hôpital



RAC après AMO sur les soins hospitaliers liés à un séjour



Les trois graphiques de gauche indiquent que les RAC après assurance maladie obligatoire présentent une importante dispersion : 10 % des consommateurs ont un RAC supérieur à 1 000 € en 2010 tandis que pour 50 % d'entre eux, le RAC est inférieur à environ 250 €.

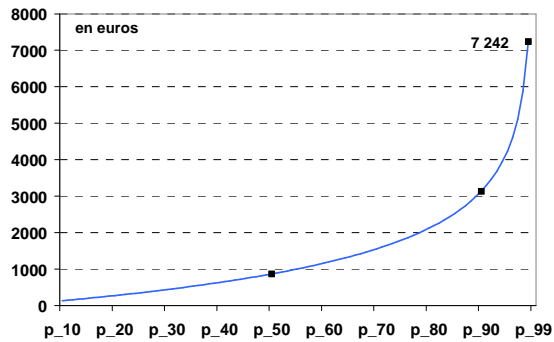
Entre 2008 et 2010, c'est au sommet de la distribution (p99) que les RAC se sont nettement accrus en montant.

Définition :

Les personnes consommatrices sont les personnes qui ont eu une dépense de soins, quel que soit le type de soins. Notamment les deux schémas du bas intègrent aussi des personnes n'ayant eu que des soins de ville (avec un RAC hospitalier égal à 0).

- Dispersion des RAC cumulés sur 3 ans (2008-2010)

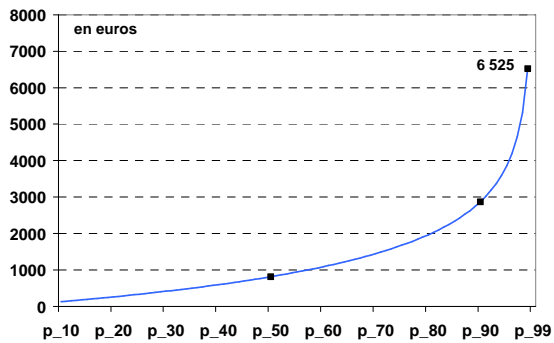
RAC après AMO sur l'ensemble des soins



Pour 50% des consommateurs de soins, le reste à charge total cumulé sur 3 ans est inférieur à 1000 €.

Pour 10%, le RAC est supérieur à 3000 € tandis que 1% des consommateurs est exposé à un RAC cumulé sur trois années supérieur à 7200 €.

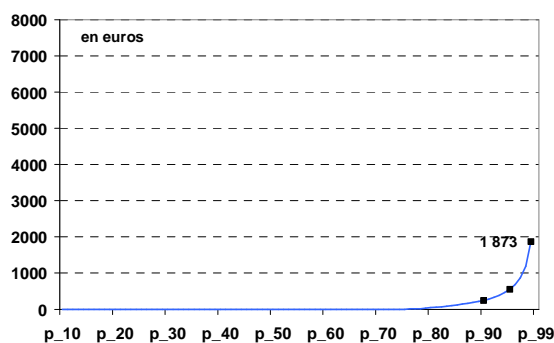
RAC après AMO sur les soins de ville et consultations externes à l'hôpital



Définition (suite) :

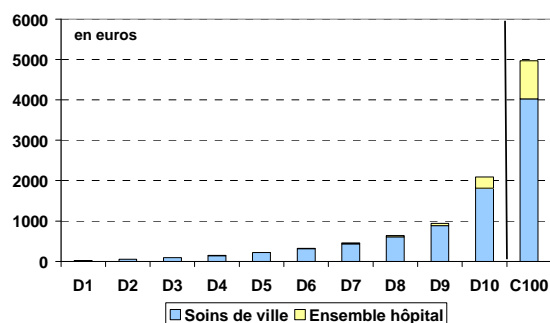
Les personnes prises en compte dans les indicateurs de dispersion couvrant la période 2008-2009 sont les personnes faisant partie du champ des assurés en 2008, en 2009 et en 2010 qui ont eu une dépense de soins au moins une fois sur la période de 3 ans.

RAC après AMO sur les soins hospitaliers liés à un séjour



B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

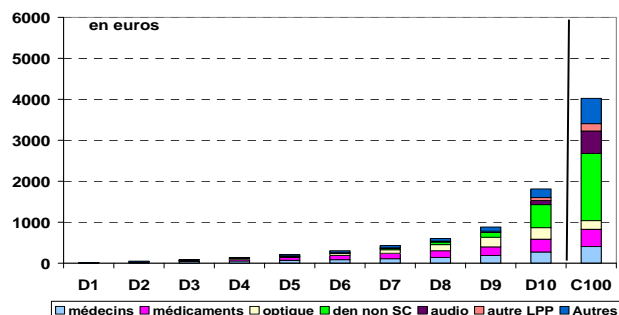
- Part des soins de ville et des soins hospitaliers liés à un séjour dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2010



RAC après AMO moyens par déciles et centile
Ensemble des soins 2010 (€)

	Soins de ville	Hôpital	Ensemble
D1	18	0	18
D5	215	6	221
D10	1 812	278	2090
C100	4 026	945	4971
Ensemble	456	41	498

- Part des différents types de soins dans les RAC après AMO sur les soins de ville, par déciles de RAC sur l'ensemble des soins, 2010



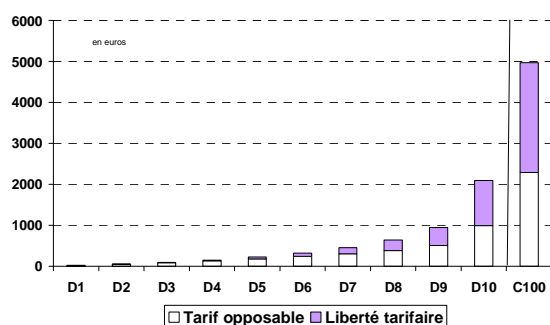
RAC après AMO moyens par déciles et centile
Soins de ville 2010 (€)

	Médecins	Médicaments	Optique	Dentaire non SC
D1	9	6	0	1
D5	72	74	16	12
D10	279	311	280	565
C100	405	426	213	1 636
Ensemble	100	110	82	83

	Audio	Autres LPP	Autres	Ensemble
D1	0	0	1	18
D5	0	8	33	215
D10	99	71	208	1 812
C100	551	173	621	4 026
Ensemble	10	16	55	456

Autres : transports, auxiliaires, analyses de laboratoire, soins conservateurs dentaires, forfaits divers.

- Part des différentes natures de RAC dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2010

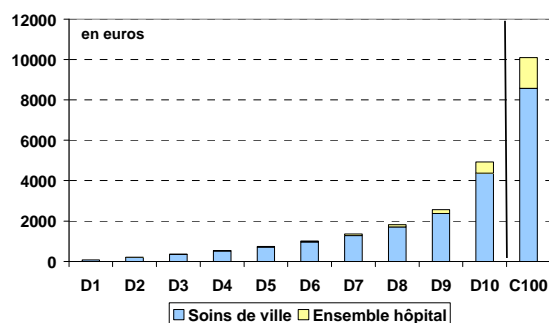


RAC après AMO moyens par déciles centiles
Ensemble des soins (€)

€	Tarif opposable	Liberté tarifaire	Ensemble
D1	18	0	18
D5	181	40	221
D10	985	1 105	2 090
C100	2 287	2 684	4 971
Ensemble	286	212	498

Les personnes appartenant au 10^{ème} décile de RAC après AMO sur l'ensemble des soins ont des RAC provenant de la liberté tarifaire proportionnellement plus élevés que les autres.

- Part des soins de ville et des soins hospitaliers liés à un séjour dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, sur trois ans (2008-2010)



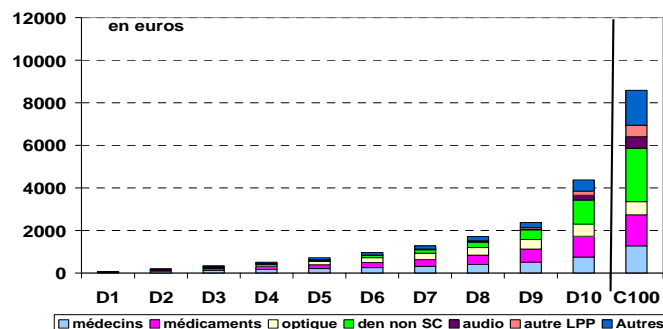
RAC après AMO moyens par déciles et centile
Ensemble des soins 2008-2010 (€)

	Soins de ville	Hôpital	Ensemble
D1	68	1	69
D5	714	32	746
D10	4 378	558	4 936
C100	8 581	1 525	10 106
Ensemble	1 253	105	1 358

Les 10% des consommateurs exposés au RAC cumulé sur 3 ans le plus élevé font face à un RAC moyen de près de 5 000€, dont 90% sont issus des soins de ville.

Pour 1% des consommateurs, le RAC cumulé moyen dépasse les 10 000€.

- Part des différents types de soins dans les RAC après AMO sur les soins de ville, par déciles de RAC sur l'ensemble des soins, sur trois ans (2008-2010)

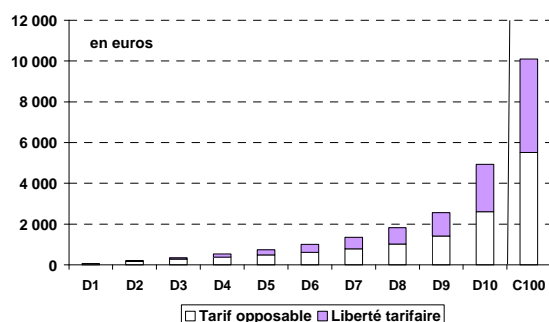


RAC après AMO moyens par déciles et centile
Soins de ville 2008-2010 (€)

	Médecins	Médicaments	Optique	Dentaire non SC
D1	30	22	1	6
D5	206	181	147	68
D10	746	979	575	1 124
C100	1 270	1 465	619	2 507
Ensemble	281	310	218	227

	Audio	Autres LPP	Autres	Ensemble
D1	0	2	8	68
D5	0	20	92	714
D10	231	189	533	4 378
C100	545	541	1 633	8 581
Ensemble	26	43	147	1 253

- Part des différentes natures de RAC dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, sur trois ans (2008-2010)

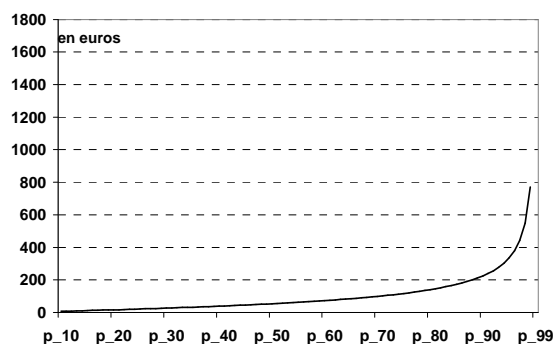


RAC après AMO moyens par déciles centiles
Ensemble des soins (€)

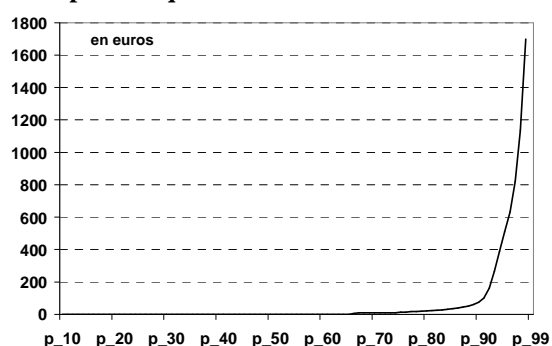
€	Tarif opposable	Liberté tarifaire	Ensemble
D1	65	4	69
D5	491	254	746
D10	2 608	2 328	4 936
C100	5 511	4 595	10 106
Ensemble	787	570	1 358

• Dispersion par centiles des RAC après AMO pour les consommateurs de soins, 2010

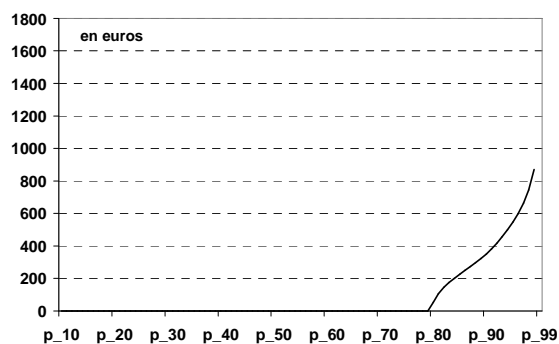
Médecins



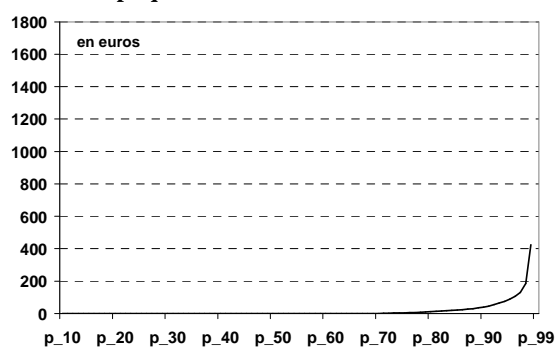
Soins prothétiques dentaires



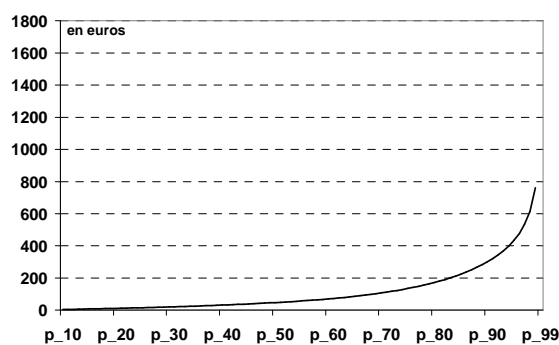
Soins d'optique



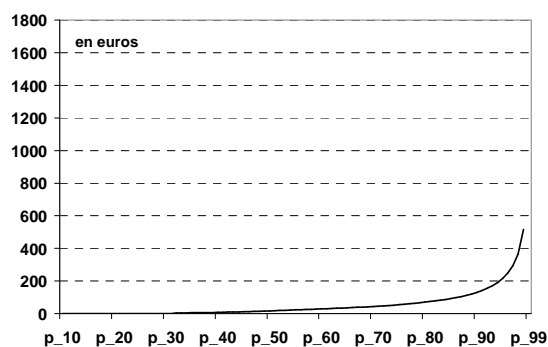
LPP hors optique



Médicaments



Autres soins



Précautions méthodologiques :

Dans ces graphiques de la partie B1, la population considérée est constituée de l'ensemble des consommateurs de soins, quels qu'ils soient.

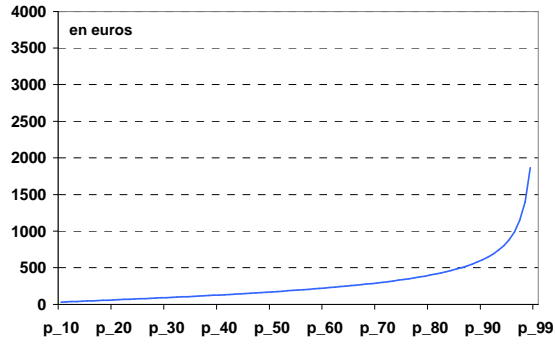
Pour les indicateurs par déciles D1-D10 (dernier centile C100), les individus sont classés selon leur RAC après AMO total (ville et hôpital) croissant. On a ensuite procédé à un regroupement par « déciles », correspondant chacun à 10 % de la population considérée. Les RAC après AMO moyens par sous catégorie de soins sont calculés pour chaque décile.

On a également représenté le dernier « centile », c'est-à-dire l'ensemble qui rassemble le 1 % des personnes qui ont les RAC totaux (ville et hôpital) les plus élevés.

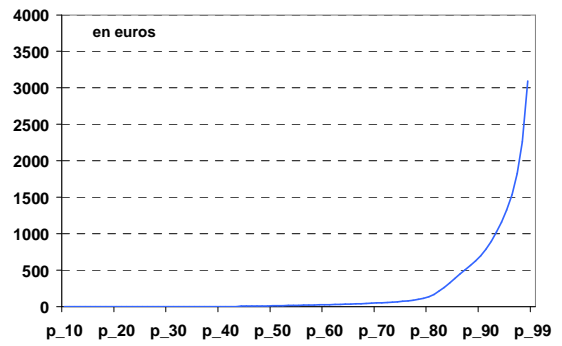
Dans les indicateurs de dispersion par centiles p10-p99, chaque point de la courbe représente un individu : ainsi par exemple, 80 % des personnes ont un RAC inférieur à celui de l'individu « p80 » et 20 % ont un RAC supérieur. Les individus sont ainsi classés selon le RAC croissant du soin considéré. Ce classement est donc différent du précédent.

- Dispersion par centile des RAC cumulé après AMO pour les consommateurs de soins, sur trois ans (2008-2010)

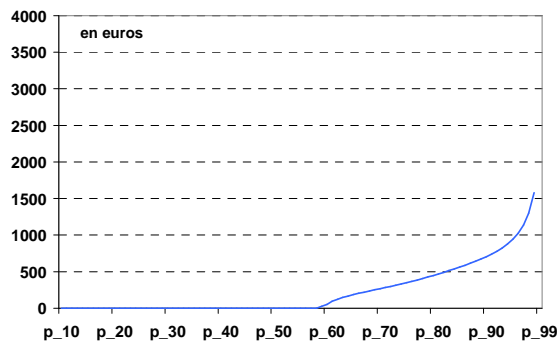
Médecins



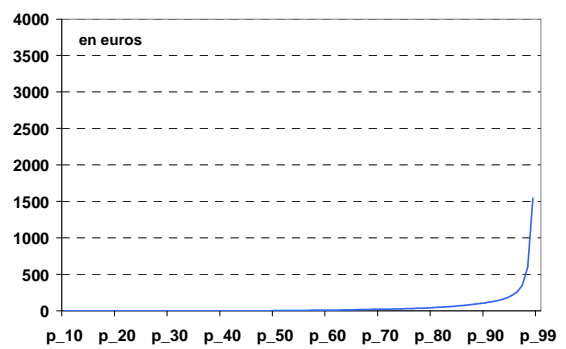
Soins prothétiques dentaires



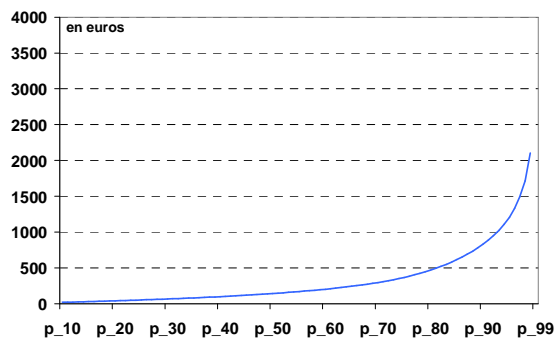
Soins d'optique



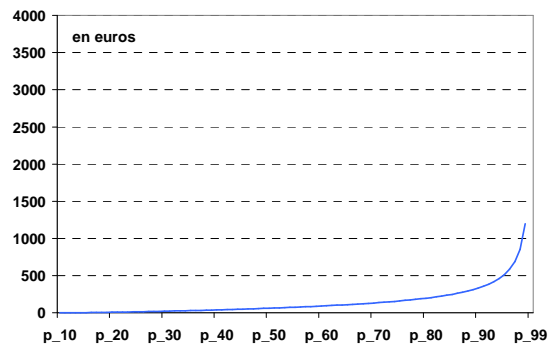
LPP hors optique



Médicaments



Autres soins



B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Données macro-économiques

Comme le principe de solidarité entre bien portants et malades n'implique pas nécessairement la totale gratuité, il est nécessaire de vérifier que les dépenses pour la santé restent accessibles financièrement aux personnes ayant de bas revenus. Toutes les formes de mutualisation doivent alors être prises en compte et les dépenses doivent être rapportées au revenu. En conséquence, les indicateurs associés à cet objectif intègrent toutes les dépenses - dépenses de soins, prélèvements obligatoires pour la santé, versements des primes aux organismes complémentaires - et toutes les ressources - revenu, remboursements de l'assurance maladie obligatoire, remboursements des assurances complémentaires.

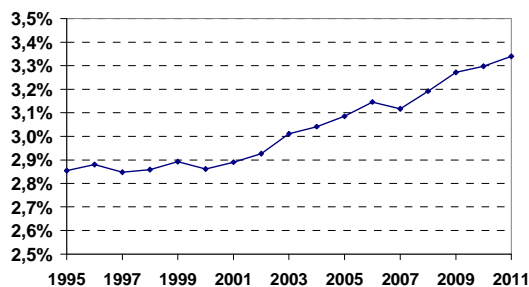
- **Taux d'effort après AMO moyen par ménage**

En moyenne, en 2011, le taux d'effort après AMO pour l'ensemble des ménages s'établit à 3,3 % du revenu disponible brut, en très légère progression par rapport à 2010.

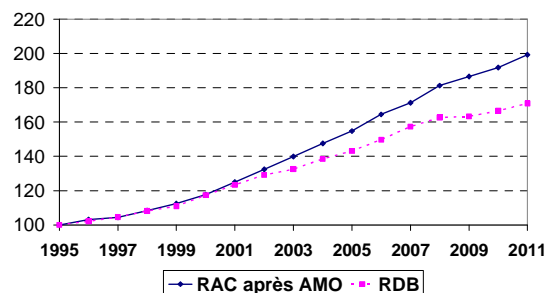
- **Evolution des différentes composantes du taux d'effort après AMO**

Le RAC après AMO et le revenu disponible des ménages ont augmenté en 2011 à un rythme plus rapide qu'en 2010. La légère hausse du taux d'effort moyen observé cette année résulte de la croissance plus rapide du RAC après AMO.

Taux d'effort après AMO



RAC après AMO moyen et RDB des ménages (base 100 en 1995)



Sources, champs, définitions :

Taux d'effort après AMO moyen annuel

DREES, Comptes de la Santé, 2011

INSEE, Comptabilité nationale, 2011

Champ : France entière, ensemble des ménages

Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO, calculé sur la dépense totale de CSBM pour l'ensemble des personnes du ménage et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

Le RDB est égal à la somme des revenus d'activité, des prestations en espèces, des revenus de la propriété diminuée des impôts et des cotisations sociales et augmenté du solde des remboursements d'assurance et des primes d'assurance.

$RDB = \text{Revenu} - \text{Impôts \& cotisations sociales} + \text{Remboursements AMC} - \text{Primes AMC}$

Dispersion des taux d'effort (page suivante)

DREES, Microsimulation OMAR-INES, 2008

La dépense de soins prise en compte dans les taux d'effort est la dépense présentée au remboursement.

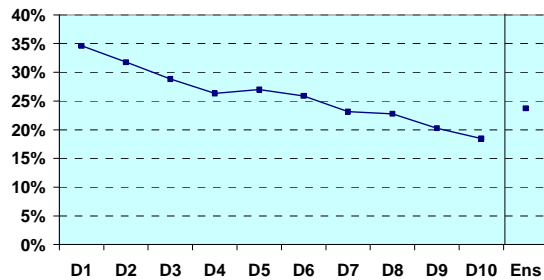
Le niveau de vie du ménage est égal au revenu du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage. Les unités de consommation pondèrent chaque personne du ménage selon un coefficient (1 UC pour le premier adulte, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans et plus et 0,3 pour les enfants de moins de 14 ans). Cette pondération vise à tenir compte du fait que les besoins des ménages ne sont pas strictement proportionnels au nombre de personnes du ménage (notamment le logement et les biens de consommation durables).

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Analyse de dispersion par décile de niveau de vie

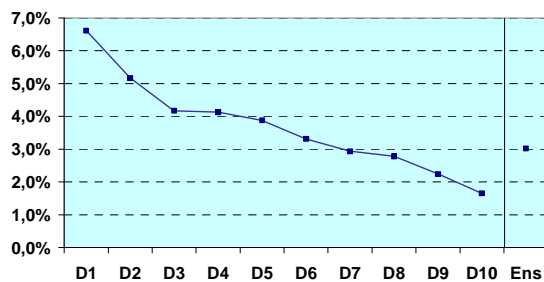
Les indicateurs ci-dessous, identiques à ceux du tableau de bord du rapport annuel de 2011, sont issus d'une simulation, réalisée par la DREES, sur données individuelles portant sur l'année 2008. Les taux d'efforts sont calculés par décile de niveau de vie.

• Taux d'effort brut



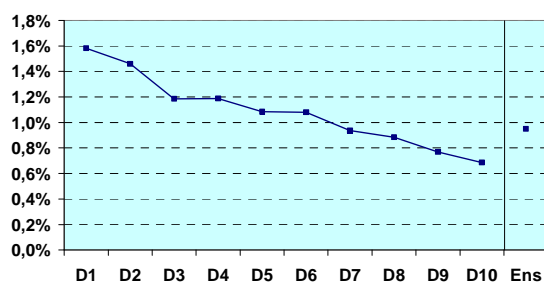
Le taux d'effort brut est égal au rapport entre la somme des dépenses liées à la santé (dépenses de soins, cotisations sociales et impôts, primes versées aux assurances complémentaires) et la somme des revenus et des remboursements (revenus nets de tous les prélèvements obligatoires hormis ceux versés pour la santé, remboursements des assurances obligatoires et complémentaires).

• Taux d'effort après AMO



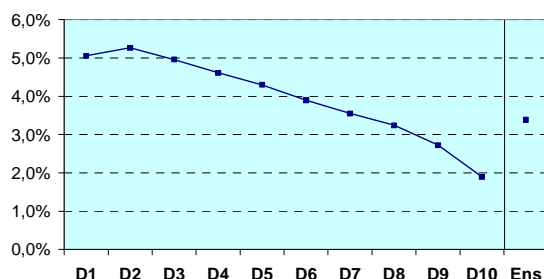
Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

• Taux d'effort après AMO et AMC



Le taux d'effort après AMO et AMC est égal au RAC après AMO et AMC rapporté à l'ensemble du revenu net de tout prélèvement obligatoire diminué des primes d'assurance.

• Taux d'effort sur revenus nets



Le taux d'effort sur revenu net est égal au RAC après AMO et AMC augmenté des primes d'assurance, rapporté au revenu net de tout prélèvement obligatoire.

B3. Renoncement aux soins pour raisons financières

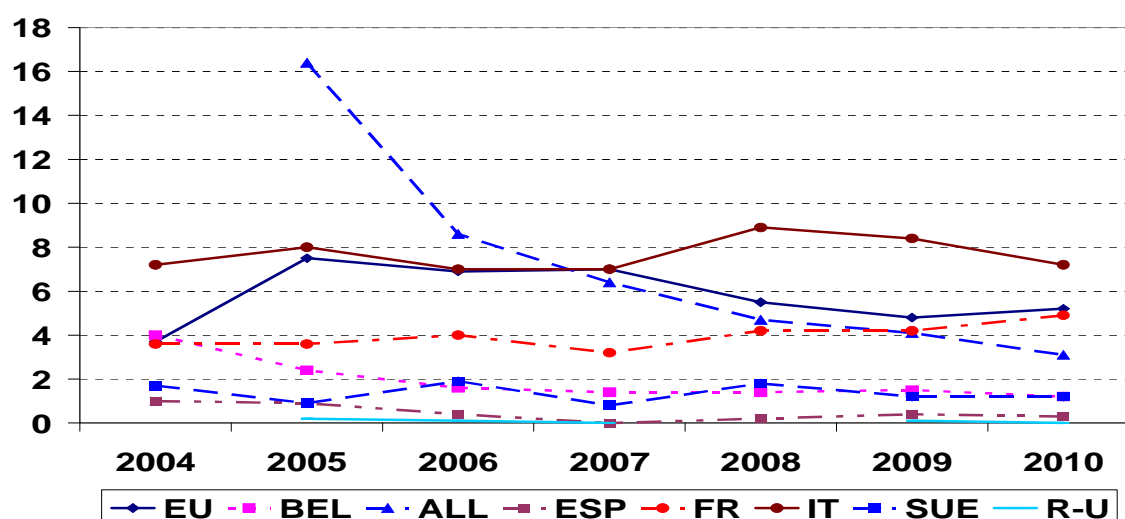
Des indicateurs de renoncement aux soins sont un complément indispensable aux indicateurs de suivi des objectifs de solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie, de recours efficient au système de soins, d'accessibilité financière pour les bas revenus. Les indicateurs pour ces objectifs se rapportent en effet à des dépenses pour des soins qui ont eu lieu et il y aurait une sorte de paradoxe à ne mesurer l'accessibilité financière des soins qu'avec des indicateurs qui présupposent l'accès aux soins.

• Renoncement aux soins pour des raisons financières selon les types de couverture complémentaire

Part des personnes « ayant renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
Enquête SPS (%)

	2000	2002	2004	2006	2008	2010
CMUC	26,2	16,1	17,9	19,1	21,0	19,7
Couverture privée	14,1	9,7	11,9	12,6	15,3	14,0
Sans couverture complémentaire	29,3	25,1	27,9	32,0	30,4	32,6

Part des personnes « ayant renoncé à voir un médecin pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
1^{er} quintile de revenu Enquête SILC-SRCV (%)



Les comparaisons européennes sont délicates car les contextes locaux d'organisation des soins jouent vraisemblablement.

Sources, définitions :

Taux de renoncement aux soins Enquête SPS

IRDES, enquête Santé et protection sociale, 2010

Le questionnement est le suivant : « Au cours des douze derniers mois, vous et-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? »

Taux de renoncement aux soins Enquête SILC-SRCV

Eurostat, enquête européenne SILC, Survey on Income and Living Conditions, SRCV, Situation des revenus et des conditions de vie, INSEE, 2009

Le questionnement est le suivant : Avoir répondu par l'affirmative à la question « Au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ? » et avoir cité comme raison « Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher ».

Les quintiles de revenus rassemblent 20 % de la population. Le premier quintile de revenus correspond aux 20 % de personnes ayant les revenus les plus bas.