



HAL
open science

Santé-autonomie : potion amère ou gestion du temps long

Stéphane Le Bouler

► **To cite this version:**

Stéphane Le Bouler. Santé-autonomie : potion amère ou gestion du temps long. Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2024, 40. hal-04769961

HAL Id: hal-04769961

<https://hal.science/hal-04769961v1>

Submitted on 6 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Systeme et politiques de sante

Santé-autonomie : potion amère ou gestion du temps long

Stéphane Le Bouler¹

Président de LISA



Focus n° 18

4 avril 2024

Résumé

Dans cet article, l'évolution des différents compartiments de la dépense publique et des déficits afférents est décrite. Au-delà des ajustements de court terme (la «politique du rabet»), il est temps, sur les questions d'assurance maladie et d'autonomie, de considérer les évolutions structurelles, côté financements et côté prise en charge, pour faire face aux défis démographiques et technologiques mais aussi pour garantir la résilience du système.

Mots-clés

Assurance maladie ; Vieillesse ; Autonomie ; Dépense publique.

Abstract

In this article, we describe the evolution of the various compartments of public spending and related deficits. Over and above short-term adjustments (the «policy of cutting back»), the time has come to consider structural changes in health insurance and independent living, both in terms of financing and care, to meet demographic and technological challenges and ensure the system's resilience.

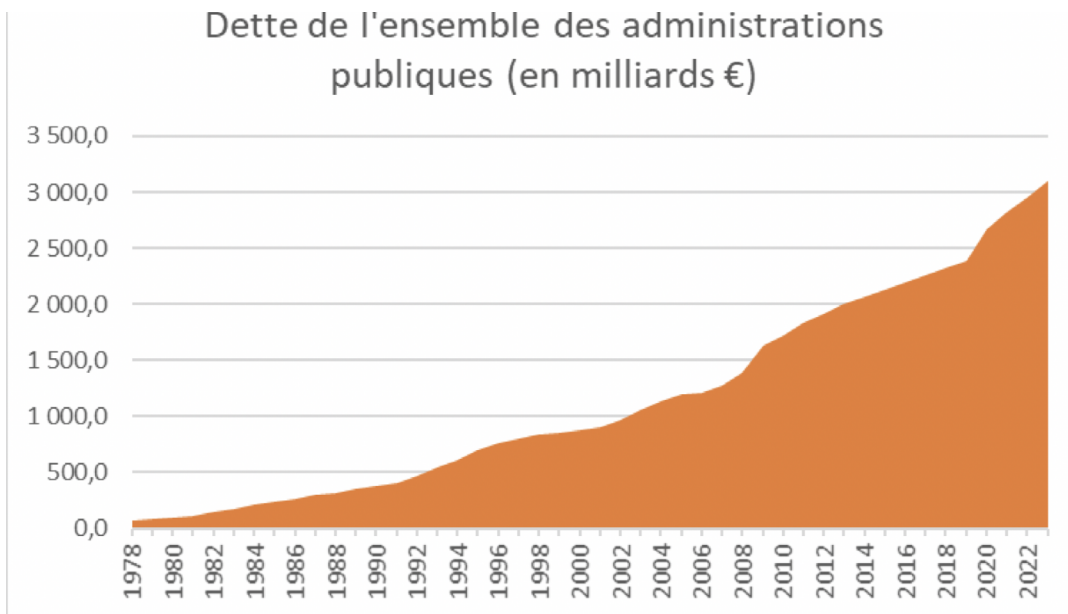
Keywords

Health insurance ; Aging ; Autonomy ; Public spending.

C'est un fait : la situation budgétaire française est mauvaise, très mauvaise même.

Que l'on regarde du côté du budget (et ses 5,5 % de déficit par rapport au PIB au lieu des 4,9 % prévus) ou de la dette (3 100 milliards, soit 110 % de PIB), les normes maastrichtiennes sont bien loin : 3 % de PIB pour le déficit et 60 % pour la dette, rappelons-le.

1 - contact.lisalab@gmail.com - www.lisa-lab.org

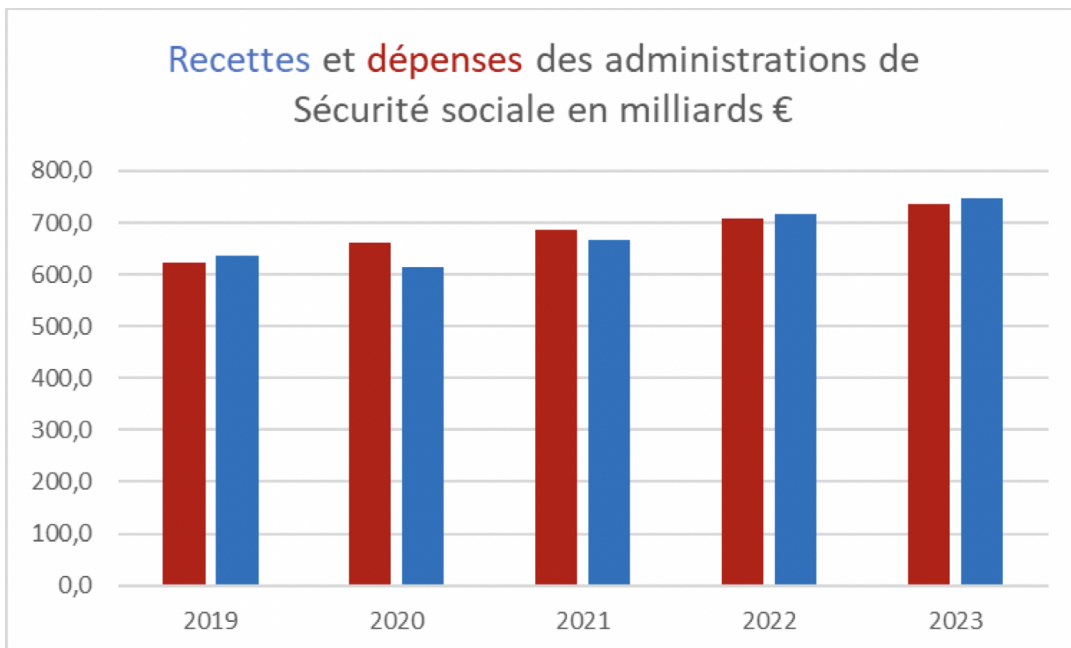


Source : Insee, mars 2024

Si la situation est très dégradée, elle ne date pas d'hier². Et pourtant, il y a peu, on distribuait encore les chèques à tout va et on envisageait des baisses d'impôts, pour les particuliers et les entreprises.

Tout d'un coup, les mêmes, à Bercy, se cabrent et entendent administrer une potion amère, non dénuée de démagogie quand on évoque des prestations de santé « open bar ». La faute à qui ?

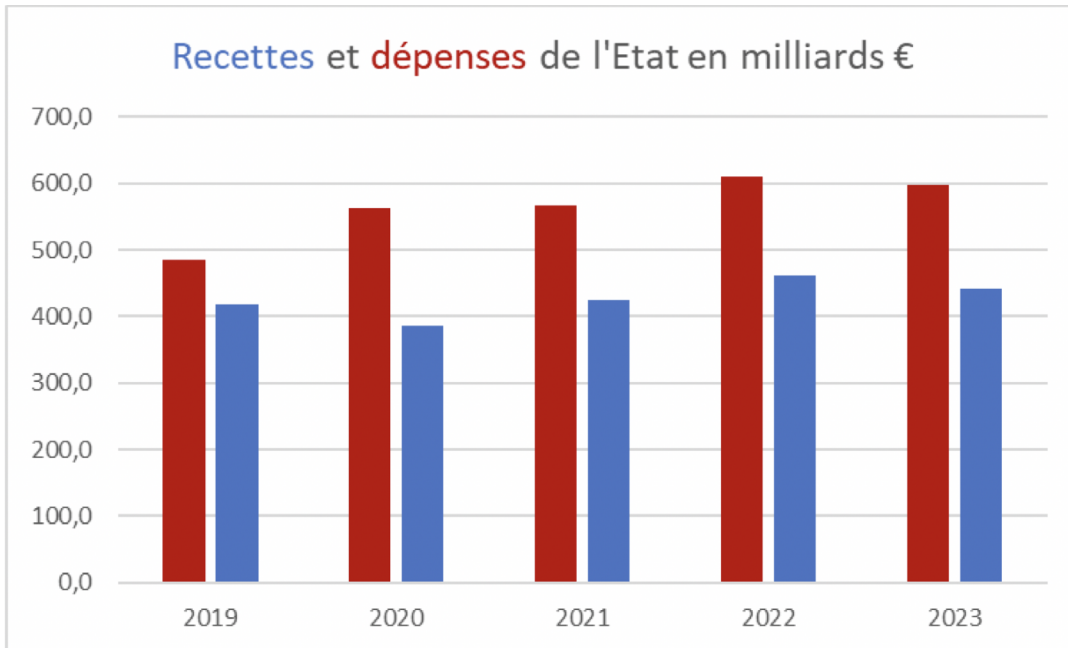
Les dépenses et les recettes de Sécurité sociale ont augmenté de 112 milliards d'euros depuis 2019 (année de référence avant la crise sanitaire). L'excédent des administrations de Sécurité sociale – ASSO – (12,9 Mds €) – eh oui, il y a excédent – est lié au solde de la CADES (18 Mds).



Source Insee mars 2024

2 - « Comptes sociaux : la bamboche, c'est bientôt fini » (janvier 2022), <https://www.lisa-lab.org/comptes-sociaux-la-bamboche>.

De leur côté, les dépenses de l'État augmentaient de 114 milliards sur la même période quand les recettes n'augmentaient que de 24 milliards €, d'où un déficit de 5,5 % du PIB. Autrement dit, l'État contribue aujourd'hui pour l'essentiel du déficit des comptes publics (à côté d'administrations publiques locales légèrement déficitaires et d'ASSO excédentaires).

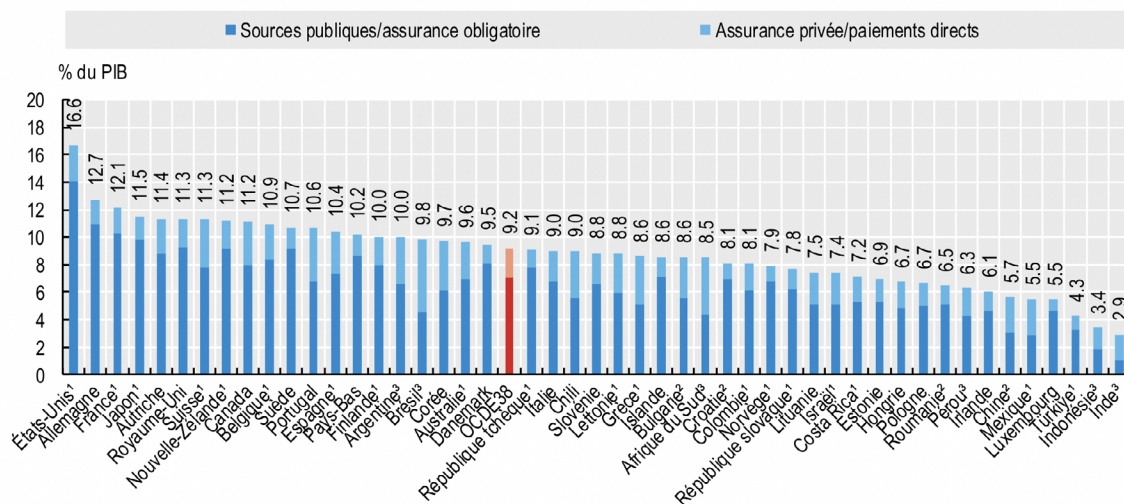


Source : Insee, mars 2024

Au moment de procéder aux nécessaires ajustements, il ne faut pas perdre de vue ces données quant au rôle des différentes composantes de la dépense publique. Alors, oui, c'est vrai, les dépenses de Sécurité sociale ont dérivé dans des proportions considérables depuis 2019 mais avec des recettes dynamiques en face. Cela ne justifie pas la dérive mais cela relativise les responsabilités face à l'impasse budgétaire actuelle.

Si on s'intéresse aux seules dépenses de santé, avec 12,1 % de dépenses par rapport au PIB, la France se situe désormais au 3^{ème} rang parmi les pays de l'OCDE.

Graphique 7.1. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2022 (ou année la plus proche)

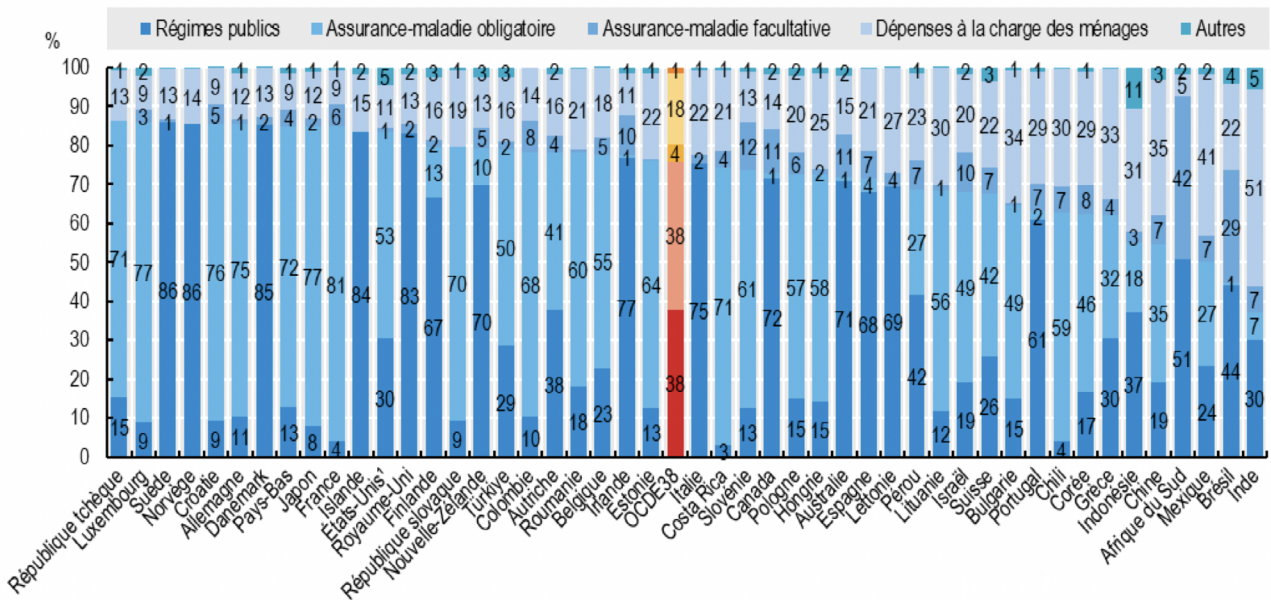


Note: 1. Estimations de l'OCDE pour 2022. 2. Se rapporte à 2021. 3. Se rapporte à 2020.

Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

Si on regarde, la part des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, la France est cette fois championne du monde avec 81 %. S'agissant de la participation directe des usagers, elle l'est aussi par la modestie de celle-ci. De fait, on a perdu, en France, le sens des sommes consacrées à la santé, invisibilisées par le tiers payant et l'obsession d'un reste-à-charge minimal. Laquelle s'est par exemple concrétisée, jusqu'à l'absurde, à travers le 100 % santé dans le domaine de l'optique.

Graphique 7.10. Dépenses de santé par type de financement, 2021 (ou année la plus proche)



Il y a donc du grain à moudre pour la réforme et les ajustements. À condition de poser l'ensemble des termes du débat.

La responsabilité, ce n'est pas de découvrir un beau jour de mars 2024 l'état de la situation et de promettre des mesures fortes, de crainte de ne pas contenter les agences de notation. La responsabilité, c'est de proposer une perspective crédible dans la durée, pour l'organisation et pour les financements. Il faut, pour cela, sortir du court-termisme de l'annualité budgétaire. On ne bâtit rien de sérieux en matière de santé sur des pas de temps si courts.

Le sujet de la prise en charge des affections de longue durée (ALD) n'est pas tabou mais les usagers ne peuvent pas perdre sur tous les tableaux : les conditions de prise en charge financière et les possibilités concrètes d'accès aux professionnels de santé. Il faut donc articuler pleinement la réflexion sur les économies possibles et les contreparties en termes d'organisation et de tarification. C'est ce qui se joue normalement dans la convention médicale. Lisa avait travaillé le sujet il y a un peu plus d'un an³. Les conventions de l'assurance maladie sont là pour articuler une politique de revenus pour les professionnels avec les bonnes incitations en termes d'évolution du système de santé : accès aux soins sur le territoire, organisation concrète des structures professionnelles, coopérations équilibrées entre les soignants, amélioration des pratiques, développement de la e-santé... La convention permet normalement de gérer les choses dans la durée. Pas sûr qu'on prenne aujourd'hui le chemin d'une sortie porteuse d'espoir pour les usagers.

Autre exemple : la récente loi « Bien vieillir », déjà bien modeste, a perdu dans son dernier parcours parlementaire la promesse d'un texte de programmation pour le grand âge. De peur de devoir s'engager sur les moyens, on ne saisit pas l'occasion de dresser une perspective d'ensemble des besoins et des financements. À raisonner dans l'instant, on se prive des solutions potentielles. Qui ne voit qu'il y a de l'argent pour la prise en charge du grand âge ? L'épargne est abondante, l'assurance vie surabondante, les patrimoines ont été gonflés par des années de prospérité immobilière, à peine entamés aujourd'hui par deux années de déprime. Mais personne ne fait le pont

3 - « Les conventions de l'assurance maladie avec les professions de santé : un outil à consolider et à mieux situer dans la panoplie de transformation du système de santé », mars 2023, <https://www.lisa-lab.org/convention-de-l-assurance-maladie>.

entre cette épargne et les besoins d'une prise en charge de qualité au grand âge... Et l'on se refuse à poser la seule question qui vaille, celle de la répartition des efforts à consentir, entre classes d'âge en particulier. À force de chercher des solutions dans de petits pots, toujours les mêmes, on ne crée pas les conditions de la transition démographique. À quoi bon une cinquième branche autonomie s'il n'y a aucune perspective d'abondement ?

Le vieillissement nous ramène aussi à la question des maladies chroniques, en forte expansion évidemment sous la pression du nombre de personnes âgées et des progrès de la prise en charge. Cette courbe de croissance là est, elle aussi, affolante. Il est pourtant de l'intérêt du système de l'aplanir. C'est là tout l'enjeu de la prévention, au nom du bien être évidemment, mais aussi et tout bonnement au nom de la résilience du système. Au temps du Covid, on a pris les mesures fortes pour préserver le système hospitalier. Aujourd'hui, c'est la capacité du système de santé à faire face à la montée des effectifs à prendre en charge qui est en cause, en termes de financement et d'organisation. Il y a là, oui, une vraie raison d'aborder le sujet des maladies chroniques : pas pour rogner tel ou tel avantage dans une politique à courte vue mais pour aplanir la courbe par des actions résolues de prévention primaire et secondaire en population. On a entendu les discours ; on attend les actes.

Les arbitrages à courte vue ne doivent pas contraindre inconsidérément le déploiement des innovations. Lisa avait eu l'occasion⁴ de saluer le rapport commandé par la Première ministre, Elisabeth Borne, sur les perspectives de l'industrie pharmaceutique française et les conditions pour ne pas décrocher par rapport aux promesses thérapeutiques actuelles. Les actes n'ont guère suivi. S'agissant cette fois des produits matures, les pénuries de médicaments sont devenues endémiques et participent de l'impression de délitement du système. Il ne faudrait pas que des restrictions budgétaires mal calibrées aggravent encore la situation.

Enfin, dans un autre registre, les conditions posées pour la campagne budgétaire 2024 des établissements de santé (4,3 % pour les hôpitaux publics et non lucratifs et 0,3 % pour le secteur privé lucratif) ne manquent pas non plus d'étonner. Les contraintes subies de part et d'autre, en termes d'inflation ou d'attractivité vis-à-vis des personnels de santé, sont-elles à ce point distinctes qu'elles justifient une telle différence de traitement ? Aurait-on choisi subrepticement de confier au seul secteur public et parapublic le soin de guérir les maux de notre système ? Là aussi, il semblerait opportun de raisonner à long terme sur les meilleurs moyens de conforter les avantages comparatifs de chaque type d'organisation.

Stéphane Le Bouler

4 - « Produits de santé : quelle nouvelle régulation ? », septembre 2023, <https://www.lisa-lab.org/focus-16-produits-de-la-sante>.