

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X I I I <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires culturelles, familiales et sociales

### Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

Auditions, ouvertes à la presse, sur les affections de longue durée

- M. Philippe Josse, directeur du budget au ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique, et M. François Carayon, directeur adjoint, en charge de la 6<sup>e</sup> sous-direction ..... 2
- Mme Anne-Marie Brocas, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, et Mme Lucille Olier, sous-directrice en charge de l'observation de la santé et de l'assurance maladie ..... 9
- M. Alain Rouché, directeur santé de la Fédération française des sociétés d'assurances, M. Stéphane Lecocq, directeur technique santé et assurances collectives d'AXA France, et M. Jean-François Pluchet, directeur à la direction santé de MMA ..... 12

Jeudi

26 juin 2008

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 15

SESSION ORDINAIRE 2007-2008

**Présidence de  
M. Jean Mallot et  
M. Pierre Morange,  
coprésidents**



La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a procédé à l'audition, ouverte à la presse, de **M. Philippe Josse, directeur du budget au ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique, et M. François Carayon, directeur adjoint, en charge de la 6<sup>e</sup> sous-direction.**

**M. Pierre Morange, coprésident :** Messieurs, nous sommes heureux de vous accueillir afin d'approfondir le sujet des affections de longue durée – ALD – dont les conditions de prise en charge ont fait l'actualité ces jours-ci.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** Comment la direction du budget est-elle impliquée dans la réflexion engagée sur la prise en charge des affections de longue durée, thème qui est en effet sous les feux de l'actualité ? Quelles sont les principales pistes de réflexion suivies ? Comment maîtriser l'évolution des dépenses liées aux ALD ? Quelle est la répartition des coûts de prise en charge de ces affections entre les secteurs ambulatoire et hospitalier ?

S'agissant par ailleurs de la dissociation, évoquée par la Haute Autorité de santé – HAS – dans son troisième scénario, du volet médical et du volet financier, avec l'éventuelle mise en place d'un bouclier sanitaire, quelle est la position de la direction du budget quant à la mise en œuvre d'un plafonnement du reste à charge en fonction des revenus ?

**M. Pierre Morange, coprésident :** Il s'agit, bien entendu, de prendre position sur le plan technique et budgétaire, sachant que, pour le reste, la décision relève du politique.

**M. Philippe Josse :** Quelques rappels me semblent indispensables pour bien poser le débat, surtout dans le contexte d'aujourd'hui.

La dépense de santé – qu'il s'agisse de la consommation de soins et de biens médicaux, de la dépense courante de santé ou de l'ONDAM, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie – croît plus vite que le produit intérieur brut, passant, en une quarantaine d'années, de six à onze points de PIB.

La part socialisée – c'est-à-dire la part prise en charge par la collectivité publique – de cette dépense à l'évolution dynamique est, contrairement à ce que l'on peut entendre, stable voire en légère augmentation : entre l'assurance maladie obligatoire, d'un côté, et la couverture maladie universelle complémentaire – CMUC –, l'État et les collectivités territoriales, de l'autre, elle est passée, en une dizaine d'années, de 78,2 % à 78,4 %. Il n'y a donc pas de désocialisation de la dépense.

Si le système reste en l'état et qu'il poursuit sa dynamique, il n'y aura pas d'autre choix – sachant que les trois quarts de la croissance de la dépense publique de santé sont imputables aux affections de longue durée – que d'opter soit pour des prélèvements supplémentaires ou pour du déficit – lequel n'est rien d'autre que du prélèvement obligatoire reporté sur les générations futures –, soit pour une répartition différente de la dépense publique de santé, au détriment des personnes qui ne sont pas en ALD. Tel est le débat qui doit s'ouvrir entre les personnes affectées par une maladie de longue durée et le reste de la collectivité des assurés, et qui concerne les contribuables d'aujourd'hui et de demain. Selon le principe de Lavoisier, en effet, « rien ne se perd, rien ne se crée », et il faut bien que quelqu'un paye.

Concernant le chiffrage, la direction du budget n'a pas de compétences particulières en matière d'assurance maladie. Les chiffres dont elle dispose sont donc ceux produits par d'autres organismes, notamment par la CNAMTS – Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

S'agissant de la répartition des coûts, on évalue à un peu moins de 60 milliards d'euros les dépenses afférentes aux patients en ALD, les deux tiers de cette somme étant liés aux affections de longue durée *stricto sensu* et un tiers aux maladies intercurrentes. Quant à la répartition entre l'hôpital et la ville, elle fait apparaître une légère prévalence – 60 % – de l'hôpital. De même, s'agissant de la répartition entre la part maladies intercurrentes et la part affections de longue durée *stricto sensu*, c'est cette dernière qui prévaut à l'hôpital tandis que la répartition est un peu plus équilibrée pour ce qui est des dépenses de ville.

Aujourd'hui, 60 % des remboursements de l'assurance maladie obligatoire sont liés aux personnes qui souffrent d'une ALD, qu'il s'agisse de l'affection elle-même ou des maladies intercurrentes. Ce pourcentage devrait atteindre 70 % à terme.

Les facteurs d'évolution du taux de prévalence des affections de longue durée – qui sont maintenant mieux connus grâce à un système d'information meilleur qu'avant 2005 – tiennent à l'augmentation démographique, au vieillissement de la population, à un meilleur repérage, aux progrès de la médecine, qui permettent aux personnes concernées de vivre plus longtemps, et, facteur un peu moins réjouissant, au développement de maladies dues au mode de vie actuel. Tout cela explique qu'il y ait beaucoup plus d'entrants dans le système des ALD que de sortants, le taux de prévalence étant, d'après les statistiques dont nous disposons, plus dynamique que la dépense moyenne par patient.

Le reste à charge moyen des ménages, qui est légèrement inférieur à 9 %, est plus faible en France que dans les autres pays de l'Union européenne ou de l'OCDE : non seulement le taux de socialisation reste constant, alors que la dépense de santé, très dynamique, est supérieure à la moyenne des pays de l'Union européenne et de l'OCDE, mais il est également beaucoup plus élevé que dans la moyenne de ces pays. De plus, l'intervention des organismes complémentaires, qu'il s'agisse des mutuelles, des assurances ou des institutions de prévoyance, est plus importante qu'ailleurs, puisqu'elle représente environ 13 % de la dépense de consommation de soins et de biens médicaux.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** À combien s'élève le reste à charge dans les pays voisins ?

**M. Philippe Josse :** Il est, par exemple, de 10 % en Allemagne et de 20 % environ en Italie.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** Ce qu'il nous faut retenir, c'est donc que la prise en charge en France est, en moyenne, de 91 %.

**M. Jean-Luc Prél :** C'est oublier les cotisations auprès des organismes complémentaires.

**M. Philippe Josse :** Il est exact que l'intervention des organismes complémentaires repose sur des cotisations, mais celle de la sécurité sociale également. En outre, un double effort a été effectué : l'instauration de la CMUC pour les personnes ayant les plus bas revenus et, au-delà de son seuil d'application, l'aide à l'acquisition d'une couverture santé

complémentaire – ACS – prévue par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Si l'on ajoute à cela les avantages fiscaux décidés au profit des organismes complémentaires eux-mêmes, c'est toute une dynamique d'ensemble qui est favorable aux assurés. De plus, si le système conserve ses tendances profondes, la part des ALD dans la dépense publique de santé augmentera. De façon mécanique donc, le taux de prise en charge publique, à structure constante, s'accroîtra et la part des complémentaires s'allégera.

**M. Jean-Luc Prél :** Autant l'assurance maladie est fondée sur une vraie solidarité, autant les contrats des organismes complémentaires ne sont pas les mêmes pour tout le monde – ils sont, en particulier, plus onéreux pour les personnes âgées. On ne peut donc les mettre sur le même plan.

**M. Philippe Josse :** On ne peut en effet confondre organismes complémentaires et assurance obligatoire. Il n'empêche que, dans certaines situations, la substitution des complémentaires à l'assurance maladie ne pose pas de problème d'équité, compte tenu surtout d'une dynamique d'ensemble qui, sur le long terme, allège de manière mécanique la charge des complémentaires.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Un rapport récent de la Cour des comptes a montré que les complémentaires, qui servent pour 22 milliards d'euros de prestations et qui bénéficient d'aides et de transferts publics d'un montant de 7,5 milliards environ, ont des coûts de gestion de 25 % contre moins de 6 % pour l'assurance maladie obligatoire. Quels commentaires cela vous inspire-t-il ?

**M. Philippe Josse :** Faute d'être un spécialiste en la matière, je préfère m'abstenir de répondre.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** Si le réexamen de la liste des ALD n'est pas de votre rôle, réfléchissez-vous aux critères d'admission et de maintien en ALD et à ceux de sortie ? De même, que pensez-vous de la dissociation du volet médical et de la prise en charge financière, ce qui pose la question du bouclier sanitaire et de la mise en place d'un mécanisme de plafonnement du reste à charge en fonction des revenus ?

**M. Philippe Josse :** Le Gouvernement, saisi de tous ces sujets, n'a pas encore pris position. Je me bornerai donc à dresser une typologie des différentes propositions ou réflexions émises par les différentes sources en la matière – Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Haute Autorité de santé, mission de MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard, Cour des comptes, CNAMTS – afin d'éclairer le débat public, dans lequel je n'ai pas à m'immiscer.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** Vous n'en avez peut-être pas moins votre idée ?

**M. Philippe Josse :** Procédons déjà à la typologie. À cet égard, quatre familles de propositions tendent à maîtriser la dépense afférente aux ALD.

La première a trait à la liste elle-même. Les solutions sont, là, de deux ordres : soit la révision des critères, scénario 1 de la Haute Autorité de santé, soit le toilettage de la liste, sachant que certaines maladies sont éradiquées ou quasiment – la bilharziose ou la lèpre présentent, en termes financiers, un enjeu quelque peu anecdotique.

**M. Pierre Morange, coprésident :** C'est là une remarque que les praticiens ici présents ne peuvent que relativiser, du fait de notre civilisation des transports.

**M. Philippe Josse :** Le problème se pose au moins, d'après ce que j'ai pu lire, pour l'hypertension artérielle, qui n'est pas une maladie.

La deuxième famille de propositions concerne le contrôle : elles portent à la fois sur la gestion électronique – sujet qui a été évoqué à la suite de la loi du 13 août 2004 –, qui rendrait plus facile que le contrôle manuel le respect des principes fondant l'existence de l'ordonnancier bizona, et sur l'efficacité du contrôle, en raison des disparités qui existent entre les régions dans les pratiques d'admission en ALD.

La troisième famille est relative à une meilleure prise en compte de la dimension économique dans les pratiques prescriptives. Le directeur de la CNAMTS cite souvent l'exemple des traitements par IEC ou sartan dans le cadre du traitement de l'hypertension artérielle : alors que l'un coûte plus cher que l'autre, la prescription n'obéit visiblement pas toujours à une optimisation médicale.

Enfin, la dernière famille de propositions comprend tout ce qui a trait à la prévention et aux pratiques de *disease management*.

À cet ensemble de propositions, qui aménagent le système, mais qui ne le modifient pas dans son essence, s'ajoute la proposition de bouclier sanitaire de MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard, solution beaucoup plus radicale. Ces derniers, partant du constat, dans la droite ligne du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et de la Haute Autorité de santé, que le régime des ALD comprend deux éléments très différents, à savoir le suivi médical, d'une part, et le financement avec prise en charge à 100 %, d'autre part, considèrent qu'à vouloir mêler les deux on aboutit à des situations qui ne sont pas toujours justes et qui peuvent même être coûteuses. C'est ainsi que des restes à charge en ALD peuvent être parfois élevés, parfois très faibles, ce qui signifie que le système ne traite pas correctement les questions à la fois d'équité et de dynamique de la dépense. C'est ce qui explique la proposition de bouclier sanitaire.

Je n'ai pas aujourd'hui, *hic et nunc*, d'appréciation sur cette question très complexe, qui exige de conduire des simulations et, surtout, qui dépend de la manière dont le dispositif est mis en œuvre, les variantes possibles étant nombreuses.

En résumé, la proposition de bouclier sanitaire tend à conserver un mécanisme de ticket modérateur, mais à plafonner son impact à un certain niveau, lequel peut être lié ou non aux revenus et garantir ou non l'équilibre financier. Selon les paramètres retenus, le bouclier peut donc permettre soit de faire des économies, soit au contraire avoir un coût, étant entendu qu'il opère des transferts non seulement entre patients en ALD et personnes qui n'y sont pas, mais aussi au sein des deux catégories. Ce sont tous ces paramètres qui doivent être simulés pour conduire, éventuellement, à une décision.

Au-delà de ce fonctionnement théorique du système, le bouclier sanitaire est certainement une piste intéressante, mais le choix de retenir une modulation en fonction ou non du revenu, est politique – choix que non seulement il ne m'appartient pas de faire, mais que je n'ai pas même à commenter.

**M. Jean Mallot, coprésident :** Au-delà de la description des schémas possibles de bouclier sanitaire, vous travaillez certainement, en votre qualité de directeur du budget, sur l'impact du dispositif, car les choix à venir en dépendront ?

**M. Pierre Morange, coprésident :** Sur le plan strictement technique, quels sont la faisabilité et le délai de mise en œuvre du dispositif le plus fréquemment évoqué, c'est-à-dire celui d'un bouclier sanitaire qui réponde à l'objectif tant de l'équité, en prenant en compte les revenus, que de l'équilibre budgétaire au titre de l'assurance maladie ?

**M. Philippe Josse :** Le rapport de MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard, rendu en septembre 2007, prévoyait, pour la mise en œuvre du nouveau dispositif, un délai de trois ans minimum, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Je ne me hasarderai pas, pour ma part, à faire un pronostic, car l'expérience montre qu'en matière de système d'information, lequel est nécessaire en l'occurrence, beaucoup de choses peuvent arriver. Je le sais d'autant mieux que je m'occupe du futur système Chorus d'information de l'État, lancé après l'échec en 2004 du précédent projet Accord 2. En tout cas, à ce stade, toutes les implications informatiques n'ont pas encore été complètement cernées.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** Je ne suis pas certain que la mise en œuvre du dispositif serait si longue. En Allemagne, le système mis en place dans le cadre de la généralisation du plafonnement du copaiement en fonction des revenus, intervenue en même temps que la réforme de 2004, fonctionne aujourd'hui très bien. À partir de la feuille d'imposition, il serait facile de savoir dans quelle catégorie de reste à charge chaque ménage se situe.

Le problème des ALD aujourd'hui tient à la complexité du système, du fait des contrôles et d'une multitude d'exonérations du ticket modérateur selon la situation sociale, le type de la maladie, *etc.* Aussi, la solution consistant à séparer le volet médical du volet financier pourrait simplifier le système avec un bouclier sanitaire qui serait ou non déclenché selon la catégorie de reste à charge dans laquelle on se situe. En Allemagne, le curseur est placé à 2 % du revenu pour toutes les maladies et à 1 % pour les maladies de longue durée.

**M. Philippe Josse :** Pour ce qui est de la faisabilité, j'ai simplement souligné que le développement d'un système d'information était toujours plus complexe qu'on ne le pensait *a priori*. Je n'ai pas dit que ce dossier présentait une complexité spécifique par rapport à tout autre dispositif impliquant tous les Français, tel le système de télédéclaration. En revanche, son étude détaillée nécessite des effectifs dédiés importants, ce qui ne peut être mis en place que lorsqu'une orientation de principe est prise. Il est certain en tout cas que l'un des avantages de la proposition de MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard tient à la simplification et à la possibilité d'affecter à d'autres tâches, telles que la maîtrise médicalisée des dépenses, des personnels de l'assurance maladie chargés du contrôle.

**M. Jean Mallot, coprésident :** Je ne comprendrai jamais pourquoi notre pays préfère lancer *ex abrupto* de grandes idées, type bouclier sanitaire, qui demandent des années d'études – pendant lesquelles il ne se passe pas grand-chose – avant de conclure à une non-faisabilité, plutôt que d'accumuler les données à chaque étape de la mise en place des différentes réformes, telle celle des agences régionales de santé – ARS. Il me semble en effet qu'il serait plus simple de réfléchir à un système à partir des données existantes.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Il nous sera certainement répondu que tout cela dépend de la volonté politique.

**M. Jean Mallot, coprésident :** Pour avoir moi-même exercé des fonctions dans l'administration, je pense pouvoir dire qu'il n'est pas interdit aux fonctionnaires de suggérer aux politiques les bonnes décisions à prendre.

**M. Philippe Josse :** Je ne peux pourtant que répéter qu'il s'agit là d'un sujet qu'il appartient aux pouvoirs publics de trancher.

Pour revenir aux versements nets des ménages, je puis faire état d'une statistique de l'OCDE quelque peu ancienne – mais la situation n'a pu se déformer beaucoup avec le temps. Selon cette étude, le reste à charge des ménages se situerait entre 9 et 10 % en France, à 9 % aux Pays-Bas et à 11 % en Allemagne, avant d'augmenter rapidement pour atteindre, par exemple, 23 % en Italie et 24 % en Espagne. Au Royaume-Uni, le reste à charge est bas, mais le système est radicalement différent, avec des dépenses de santé qui y sont beaucoup plus faibles ce qui présente de nombreux inconvénients pour les malades.

**M. Jean-Luc Prél :** Si on modifie les frontières des affections de longue durée, une partie des dépenses afférentes aux patients en ALD *stricto sensu* sera épargnée, mais cette part sera alors reportée sur le tiers restant relatif aux maladies intercurrentes. Il n'y a donc pas d'économie à espérer.

Il faut savoir en outre que les maladies intercurrentes ne sont pas prises en charge à 100 %.

**M. Philippe Josse :** Elles relèvent en effet du droit commun.

La dépense de santé remboursée par l'assurance maladie aux patients en ALD, soit une soixantaine de milliards d'euros, est liée, pour les deux tiers, aux 32 ALD *stricto sensu* et, pour un tiers, aux maladies intercurrentes.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Peut-on s'attendre comme certains le prédisent, à un accroissement du déficit de 6 milliards pour l'année 2009, sachant que le produit intérieur brut a fléchi début 2008, ce qui implique à terme un tassement voire un fléchissement de la masse salariale, qui sert d'assiette pour le calcul des cotisations sociales ?

**M. Philippe Josse :** Fort heureusement, le chômage baisse assez fortement, ce qui entraîne une décorrélation entre l'évolution du PIB et la masse salariale.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Le problème est que l'on peut observer un croisement des deux courbes, celle de la masse salariale et celle de la richesse nationale, au premier trimestre 2008.

**M. Philippe Josse :** L'assurance maladie, et la sécurité sociale de manière générale, ne sont pas financées que par des cotisations assises sur les salaires. En tout cas, dans l'immédiat cette assise est profitable au système puisque le financement fondé sur la masse salariale est prépondérant par rapport aux autres sources de financement. Quant à la tendance à moyen et long terme, on peut plutôt imaginer une corrélation entre les deux courbes.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** S'agissant des recettes, le ratio entre les cotisations salariales et la fiscalité est bien de 60/40 ?

**M. François Carayon.** Un peu plus même s'agissant des premières : la CSG intègre une composante « revenus ».

**M. Jean-Luc Prél :** Les ALD obéissent à deux principes : mieux soigner les malades et financer la totalité des soins. Ce n'est donc pas parce que l'on sortira de la liste des ALD les diabètes peu graves, que l'on fera vraiment une économie : en effet, si l'on cherche à

mieux soigner – les diabétiques, par exemple, ne suivent pas toujours les conseils de prévention correctement –, les dépenses ne peuvent qu'augmenter. Le toilettage de la liste peut donc paraître intéressant, mais si l'on va vers un meilleur soin, on ne peut, comme le propose le rapporteur, séparer le volet médical du volet financier.

Concernant d'ailleurs le financement, l'État ne finance pas intégralement, ainsi que la Cour des comptes l'a souligné, les exonérations de cotisations qu'il décide. Les 2,5 milliards d'euros qui manquaient à cet égard au début de l'année, seront-ils compensés d'ici la fin décembre ?

**M. Philippe Josse :** Faute d'être médecin, je me contenterai de répondre à la seconde remarque.

Il faut avoir présent à l'esprit que les restes à payer de l'État à l'endroit de la sécurité sociale ne jouent pas sur le déficit. Que l'État paye ou non la sécurité sociale, celle-ci inscrit un produit dans ses comptes. Il s'agit d'un pur problème de trésorerie.

**M. Jean-Luc Prél :** Qui l'oblige tout de même à emprunter.

**M. Philippe Josse :** Le décalage de trésorerie entraîne effectivement, mais ce n'est qu'un problème de second ordre, un endettement de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale – ACOSS – auprès de la Caisse des dépôts et consignations. Cependant, l'évolution récente tend à une résorption considérable du stock de reste à payer et à des pratiques de budgétisation beaucoup plus sincères – le ministre des comptes publics y insiste beaucoup. Personne ne peut dire si le phénomène disparaîtra complètement, mais la volonté est en tout cas de le réduire constamment.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Pour revenir aux 2,5 milliards évoqués par M. Jean-Luc Prél, quel est l'échéancier de la liquidation de cette somme ?

**M. Philippe Josse :** Le problème est déjà de ne pas l'accroître. En tout cas, elle peut être résorbée – sachant tout de même que ce montant est extraordinairement faible par rapport aux enjeux en la matière – soit au fil du temps, en payant au final un peu plus que ce qui est dû, soit par une opération de grande ampleur, comme cela s'est fait à hauteur de 5,5 milliards d'euros voilà moins de huit mois.

**M. Gérard Bapt :** Le premier président de la Cour des comptes, lors de son audition hier devant la commission des finances, a reproché à votre direction de ne pas avoir fait apparaître dans le budget la reprise de dette de 5,5 milliards. Les 2,5 milliards d'aujourd'hui apparaîtront-ils cette fois dans le budget où ferez-vous à nouveau en sorte qu'ils n'aggravent pas le déficit annuel ?

**M. Philippe Josse :** Il est un peu paradoxal de se faire reprocher, d'un côté, d'avoir remboursé la dette et, de l'autre, de la maintenir, que cela apparaisse ou non dans le budget.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Au moins peut-on constater l'apurement d'une bonne partie d'une dette qui avait été stockée depuis un certain nombre d'années.

Il me reste, messieurs, à vous remercier.



La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a ensuite procédé à l'audition de **Mme Anne-Marie Brocas, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, et Mme Lucille Olier, sous-directrice en charge de l'observation de la santé et de l'assurance maladie.**

**M. Jean Mallot, coprésident :** Je remercie pour leur présence Mme Anne-Marie Brocas, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité ainsi que Mme Lucille Olier, sous-directrice en charge de la santé et de l'assurance maladie. Nous avons d'autant plus de questions à vous poser sur cette importante question des affections de longue durée (ALD) que l'on évoque de plus en plus souvent un certain nombre de réformes, dont la mise en place d'un bouclier sanitaire ou la révision de la liste de ces pathologies.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** Quelles sont les informations dont dispose la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur les ALD et les maladies chroniques ? Comment, en outre, la DREES est-elle organisée afin d'assurer le suivi des ALD – lesquelles, par ailleurs, représentent 60 % des dépenses de santé ? Enfin, quelles pistes de réflexions pouvez-vous proposer afin de toiletter le dispositif des ALD, voire, comme le préconise le rapport MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard, de le transformer en dissociant le volet médical du volet financier dans le cadre du bouclier sanitaire ?

**Mme Anne-Marie Brocas :** La DREES s'est récemment intéressée à l'évaluation des maladies chroniques, en particulier à l'amélioration de la connaissance des conditions de prises en charge médicales et sociales des personnes qui en sont atteintes mais également à la qualité de vie des malades atteints de cancer deux ans après que le diagnostic a été posé. En tant que tel, le dispositif ALD n'a donc pas fait l'objet de travaux spécifiques même si les études de prospective sur l'évolution des dépenses ainsi que sur l'équité de la prise en charge par l'assurance maladie des différentes catégories d'assurés peuvent certes contribuer utilement à votre réflexion.

M. le rapporteur l'a rappelé : les ALD représentent 60 % des dépenses de l'assurance maladie. Leur croissance correspond à une tendance de fond de l'évolution des dépenses de santé, notamment, de celles des maladies chroniques. En l'occurrence, elle en est autant la cause que le révélateur. La structure moyenne des dépenses d'assurance maladie relatives aux ALD se décompose ainsi : 60 % de dépenses hospitalières, 20 % de dépenses de médicaments, 20 % de dépenses autres – transports sanitaires, honoraires etc. La croissance de 6 % du volume des dépenses ALD se décompose quant à elle en 4 % de croissance du nombre d'assurés en ALD et 2 % en intensification des soins. La projection de cette croissance d'ici une dizaine d'années montre que la part des ALD dans les dépenses de santé s'élèverait à 70 %. Cet accroissement est-il inéluctable ? Existe-t-il des marges de manœuvre ? Les réponses susceptibles d'être apportées dépendent de notre capacité à réguler et à adapter le système de soins.

S'agissant du poste « hôpital », la DREES a mené une étude visant à mesurer les effets du vieillissement sur l'évolution des besoins en lits et places en court séjour à l'horizon 2030. Nous en avons par ailleurs extrait les résultats relatifs à deux ALD : le diabète et les tumeurs. Selon le premier scénario, de type « mécaniste », le nombre d'équivalents journée réalisé en court séjour devrait passer, s'agissant du diabète, de 900 000 à 1,2 million, soit une augmentation de 30 % ; de 6,9 millions à 9,2 millions pour les tumeurs, soit une augmentation

identique. Selon le second scénario élaboré par des experts et incluant l'évolution des pathologies, le dépistage plus précoce de certaines tumeurs, les progrès techniques attendus ainsi que l'optimisation de la prise en charge des malades, la progression du nombre d'équivalents journée ne serait que de 10 % pour les tumeurs et ce nombre serait divisé par plus de deux pour le diabète. Pour les tumeurs, les différences entre les deux scénarios s'expliquent par le fait que, en oncologie – compte tenu du dépistage et du traitement systématiques quel que soit l'âge – les prises en charge chirurgicale seraient plus brèves et suivies par des soins de suite et de réadaptation ; elles s'expliquent également par un raccourcissement de la durée des traitements en radiothérapie et en chimiothérapie dans le cadre de la médecine ambulatoire. En revanche, les besoins en soins palliatifs augmenteraient. Pour le diabète, les différences entre les deux scénarios tiennent essentiellement à une politique de prévention très volontariste et à une prise en charge beaucoup plus précoce des patients.

La croissance des dépenses pour les maladies chroniques relevant des ALD n'est donc pas inéluctable.

S'agissant du poste « médicament », l'étude de la DREES montre que les 20 % de dépenses dus aux ALD concernent essentiellement les médicaments coûteux. Par exemple, la croissance des dépenses de la classe de médicaments « autres antinéoplasiques » s'explique par l'arrivée de quatre nouveaux produits en 2006 et 2007. Sans doute conviendra-t-il de s'interroger sur la singularité française quant aux conditions de prises en charge et à la diffusion des molécules innovantes. La DREES poursuivra en particulier ses travaux concernant les « molécules onéreuses ».

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** Disposez-vous d'informations sur la répartition régionale des ALD ?

**Mme Lucille Olier :** Nous vous ferons parvenir le document qui a été élaboré à l'occasion des états généraux de la prévention, qui montre que les contrastes régionaux sont assez importants.

**Mme Anne-Marie Brocas :** De tels contrastes soulèvent d'ailleurs des questions différentes selon les pathologies : la superposition est parfois évidente entre ALD et prévalence de telle ou telle maladie chronique et de tel ou tel facteur de risques, par exemple dans le nord-est, mais il faut cependant se garder de toute généralisation.

La DREES a mené en 2005 un certain nombre d'études sur l'équité du dispositif et, plus particulièrement, la portée de la redistribution opérée par l'assurance maladie. En l'occurrence, cette mission est correctement accomplie, des bien-portants vers les malades et des riches vers les pauvres. Selon l'INSEE, l'assurance maladie contribue pour un tiers à la réduction des inégalités de niveau de vie. Par ailleurs, l'écart est faible entre le reste à charge des patients en ALD et les autres – 190 euros par an pour les premiers contre 250 euros pour les seconds. Des progrès doivent être néanmoins réalisés en ce qui concerne l'assurance maladie complémentaire (AMC) des patients en ALD puisque 10 % d'entre eux n'en ont pas contre 7 % des autres assurés sociaux. La dispersion des restes à charge pour les patients non ALD entre le premier et le dernier centile s'étend de 0 à 1 460 euros ; pour les patients en ALD, de 0 à 2 737 euros. Cela s'explique par le coût de soins hors ALD – ainsi serait-il sans doute opportun de corriger des situations où des hospitalisations inférieures à trente jours sans qu'aucun acte côté au-delà de K 50 n'ait été accompli, impliquent un ticket modérateur très élevé pour le patient.

**M. Gérard Bapt** : Ce type de situation est-il fréquent ?

**Mme Anne-Marie Brocas** : Selon le rapport de MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard, ces cas sont assez limités.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur** : Qu'un patient puisse être hospitalisé moins de trente jours sans qu'aucun acte supérieur à K 50 ne soit accompli soulève un certain nombre de questions.

**M. Gérard Bapt** : Ce peut être le cas d'un patient diabétique hospitalisé en psychiatrie.

**M. Jean-Luc Prél** : Il faudrait alors inclure les soins psychiatriques en ALD.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur** : C'est en effet un problème de bonne conduite médicale et administrative.

**Mme Anne-Marie Brocas** : Des patients peuvent fort bien subir des examens sans bénéficier d'un acte côté plus de K 50.

**M. Pierre Morange, coprésident** : Cela implique à la fois une réponse sociale et une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital. Il ne sert à rien de prolonger un système dont l'efficience pose problème.

**Mme Anne-Marie Brocas** : L'enquête sur la qualité de vie des patients atteints de cancer – donc entrés en ALD – deux ans après que le diagnostic a été posé montre, d'une part, que les malades les plus modestes sont les moins satisfaits de leur qualité de vie et de leur prise en charge, d'autre part, que les difficultés financières rencontrées sont liées à des discriminations dans l'emploi ou l'octroi d'un crédit bancaire. Sans doute conviendrait-il donc de s'interroger sur les sorties d'ALD même si tous les patients ne souhaitent pas abandonner trop tôt de ce dispositif.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur** : Que pensez-vous de la mise en place d'un bouclier sanitaire impliquant donc le plafonnement des restes à charge ?

**Mme Anne-Marie Brocas** : La DREES a en effet été associée à cette réflexion en amont du rapport de MM Raoul Briet et Bertrand Fragonard. Si un système global est envisageable, il est également possible de mettre en place des réponses ciblées. Outre que la suppression de la prise en charge des ALD à 100 % et la mise en place du bouclier sanitaire impliqueraient le plafonnement des restes à charge les plus importants, elles entraîneraient également leur augmentation pour un certain nombre d'assurés. Dans ce cas, l'écart augmentera entre les restes à charge moyens des patients non ALD et ALD. Un choix politique doit donc être opéré. Cette réallocation de la prise en charge aurait, de plus, un impact important auprès des AMC. Quoi qu'il en soit, un tel chantier – s'il commençait immédiatement – ne pourrait aboutir avant 2010. L'Allemagne et la Belgique, qui ont un système de plafonnement des restes à charge, bénéficient par ailleurs d'un dispositif particulier pour les maladies chroniques.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur** : Le bouclier sanitaire ne vise pas à supprimer le remboursement du ticket modérateur pour les ALD mais à simplifier l'ensemble des exonérations du ticket modérateur, que ce soit au titre de l'ALD, de la couverture maladie universelle (CMU) ou de tout autre dispositif. Par ailleurs, la part de l'AMC est plus faible en

Allemagne (8 %) et en Belgique qu'en France (12 %). Le bouclier sanitaire permettait de simplifier les relations entre assurance maladie obligatoire (AMO) et AMC, la couverture du reste à charge relevant de l'AMC.

**Mme Anne-Marie Brocas :** J'attire votre attention sur le fait que, si le système préconisé par le rapport de MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard est en effet beaucoup plus simple que le dispositif actuel, il vise également à limiter les restes à charge excessifs. Notre système, certes, est quant à lui complexe, mais la redistribution fonctionne alors qu'elle serait très sensiblement modifiée dans le cadre d'un nouveau schéma. Une réforme d'une aussi grande ampleur nécessite de prendre en compte trois considérations : la simplicité, en effet, l'équité et, enfin, les conséquences éventuelles d'un tel réagencement sur l'articulation entre AMO et AMC.

**M. Jean-Luc Prél :** À cela s'ajoute qu'aller au bout de la logique de la simplification implique d'inclure dans la réforme la question des dépassements d'honoraires et la prise en compte des soins dentaires et ophtalmologiques.

**Mme Anne-Marie Brocas :** Absolument.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Mesdames, je vous remercie.

\*

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a enfin procédé à l'audition de **M. Alain Rouché, directeur santé de la Fédération française des sociétés d'assurances**, **M. Stéphane Lecocq, directeur technique santé et assurances collectives d'AXA France**, et **M. Jean-François Pluchet, directeur à la direction santé de MMA**.

**M. Jean Mallot, coprésident :** Messieurs, je vous souhaite la bienvenue et je donne sans plus tarder la parole à notre rapporteur.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** Les affections de longue durée (ALD) étant sous les feux de l'actualité, nous serions intéressés d'entendre vos remarques sur le projet de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) visant à remettre dans le droit commun – c'est-à-dire à rembourser à 35 % – les médicaments à service médical faible ou modéré consommés par les patients en ALD.

Comment la FFSA et les assurances santé sont-elles impliquées dans la réflexion engagée sur la prise en charge des maladies de longue durée et des maladies chroniques ? Quelles sont vos principales pistes de réflexion ? Comment faire pour maîtriser l'évolution de ces dépenses ? La liste des ALD est-elle toujours d'actualité ou faut-il la revoir ?

Nous évoquerons également le problème du bouclier sanitaire, qui a fait l'objet de plusieurs rapports de la Haute Autorité de santé (HAS), du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et de la mission de MM Raoul Briet et Bertrand Fragonard, tendant à plafonner les dépenses à charge des assurés en fonction de leurs revenus. Quelle serait la participation de l'assurance maladie complémentaire dans ce cadre ?

**M. Alain Rouché :** D'abord, il faut bien voir que les personnes en ALD ne sont pas le principal pôle de dépenses des assureurs complémentaires. Elles sont prises en charge par

l'assurance maladie, dont elles représentent 60 % des dépenses, taux qui ne fera qu'augmenter.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Pouvez-vous préciser dans quels domaines vous intervenez ?

**M. Alain Rouché :** Les trois domaines dans lesquels les assureurs complémentaires interviennent le plus significativement sont le médicament, le dentaire et l'optique, avec des classements différents selon qu'il s'agit de contrats collectifs obligatoires ou de contrats individuels.

Nous constatons quand même depuis quelque temps une augmentation du poids de la dépense hospitalière due, pour partie, au forfait de 18 euros et, pour partie, à la tarification à l'activité qui conduit les hôpitaux à facturer un peu plus les assureurs complémentaires.

Je signale que l'idée communément admise que les personnes en ALD sont prises en charge à 100 % – et n'ont donc pas besoin d'avoir une assurance complémentaire – est fautive. Quelques sociétés d'assurance ont analysé les dépenses générées par les personnes en ALD. En raisonnant en prime pure, c'est-à-dire en considérant la prime de risque hors chargements, une société a constaté que les personnes en ALD coûtaient en moyenne 60 % de plus que les autres. Ce pourcentage a ensuite été corrigé pour tenir compte du fait que les personnes en ALD sont en moyenne plus âgées que celles du portefeuille. Néanmoins, à structure identique, les dépenses des personnes en ALD sont encore supérieures de 38 % à celles des assurés non ALD.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** Nous avons l'impression que les personnes en ALD abandonnent leur contrat d'assurance complémentaire. Avez-vous remarqué ce phénomène ?

**M. Alain Rouché :** Il y a certainement des personnes en ALD qui ne souscrivent pas une couverture complémentaire ou qui l'abandonnent. Elles ont tort puisque nous constatons, quand nous les couvrons, qu'elles ont des dépenses complémentaires supérieures à celles des personnes ne souffrant pas d'affections de longue durée. Elles sont probablement moins couvertes par une complémentaire que ne l'est la population générale.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur :** Menez-vous une campagne d'information auprès de vos assurés à ce sujet ?

**M. Alain Rouché :** Je laisserai mes collègues assureurs répondre à cette question car je ne suis pas sur le terrain. Sur un plan général, quand des assurés résilient leur contrat, il est bien rare que l'intermédiaire d'assurance ne leur en demande pas les raisons et n'essaie de les convaincre qu'ils ont tort.

**M. Jean-François Pluchet :** Je confirme que c'est bien ainsi que cela se passe. On ne peut pas dire qu'il y ait des campagnes d'information en tant que telles mais un conseil est toujours donné aux assurés qui passent en ALD et qui voudraient résilier leur contrat, pour les prévenir qu'ils ne sont pas couverts pour la totalité des frais de soins. La raison pour laquelle un assuré en ALD coûte un peu plus cher que la moyenne des assurés tient au fait, d'une part, que la couverture par l'assurance maladie obligatoire ne s'applique pas à la totalité des frais de soins, d'autre part, que la prise en charge à 100 % est calculée sur la base des remboursements du régime obligatoire de la sécurité sociale qui ne couvre pas les

dépassements et les autres frais. Persuadées qu'elles sont désormais prises en charge à 100 %, les personnes en ALD pensent ne plus avoir besoin de complémentaire ou considèrent que la complémentaire devrait leur proposer des tarifs moins chers. Chaque fois que nous le pouvons, nous essayons de leur expliquer que cela est faux. Mais l'idée du 100 % reste encore bien ancrée.

**M. Jean Mallot, coprésident :** Pouvez-vous mesurer le nombre de personnes qui ne prennent plus d'assurance complémentaire ?

**M. Jean-François Pluchet :** C'est très difficile. Nous ne gérons pas la notion ALD. Parfois, l'assuré nous informe qu'il est passé en affection de longue durée. Parfois, nous arrivons à le déduire. L'assureur complémentaire est un payeur aveugle.

Nous connaissons le taux de remboursement du régime obligatoire. Nous savons donc quand quelqu'un est remboursé à 100 %. Mais la maternité est également remboursée à 100 %. La notion ALD n'est pas gérée du tout dans les fichiers des assureurs. Nos études ne sont que des évaluations.

Nous ne pouvons pas avoir de chiffres précis dans la mesure où l'assurance repose globalement sur la mutualisation. Ce que l'on sait, c'est que, à caractéristiques d'âge et de sexe équivalentes, un assuré en ALD consomme plus – et donc a une « marge bénéficiaire » plus réduite – qu'un assuré non en ALD. Même si la prise en charge du régime obligatoire est plus importante, comme la fréquence des soins est plus importante, le coût pour la complémentaire est globalement supérieur à la moyenne des assurés. Donc, hormis les phénomènes de mutualisation, la marge est moins importante.

**M. Alain Rouché :** La mutualisation profite à la personne qui est en ALD.

Au moment de la réforme de 2004, il avait été prévu, grâce à un meilleur respect de l'ordonnancier bizonne, de transférer vers les assurances complémentaires entre 460 et 470 millions d'euros. Ces dernières n'en ont vu que la moitié. Des progrès sont à obtenir de la part des médecins. Si le transfert s'effectue mieux, les assurances complémentaires sont prêtes à prendre en charge le complément du transfert.

**M. Jean-Luc Prétel :** C'est chez le pharmacien, par le biais de la carte Vitale, que se fait la répartition entre assurance de base et complémentaire ?

**M. Stéphane Lecocq :** La répartition entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire est déterminée dans le système d'information de la sécurité sociale : l'information brute est traitée dans ce système, qui envoie ensuite un flux à la complémentaire, après déduction de la part de la sécurité sociale.

**M. Jean-Luc Prétel :** Avez-vous un moyen de savoir si l'ordonnancier bizonne est respecté ou non ?

**M. Stéphane Lecocq :** Nous en sommes incapables.

**M. Alain Rouché :** Nous avons un problème d'accès à certaines données de soins. Nous n'avons pas besoin d'avoir accès à toutes, mais certaines nous seraient utiles pour fixer nos contrats d'assurance et nos garanties, pour pouvoir payer en connaissance de cause et pour pratiquer une certaine gestion du risque.

La mise en place de l'Institut des données de santé nous permettra de dresser des statistiques sur des bases anonymes et de disposer d'informations statistiques générales. Mais, ce qui nous intéresse le plus, ce sont les expérimentations dites Babusiaux. Nous pourrions aussi faire des statistiques, mais par rapport à nos propres remboursements. Si nous avions l'information, nous pourrions aussi liquider des prestations à des assurés dans certains domaines.

Je prends deux exemples. Dans le domaine des garanties optiques, les prestations sont déjà fonction du défaut de vision. Au lieu d'avoir un remboursement forfaitaire identique pour tous les assurés, qui indemnise bien ceux qui ont un petit problème de vision mais qui est insuffisant pour ceux qui présentent un défaut de vision important, on module la garantie en fonction du défaut de vision. Encore faut-il avoir l'information sur le défaut de vision.

Second exemple : aujourd'hui, les assurances complémentaires ne connaissent pas les médicaments qu'elles remboursent. Elles savent simplement qu'ils sont remboursés à 35 % ou 65 % par l'assurance maladie obligatoire. Quand le taux de remboursement d'un médicament passe de 65 à 35 %, nous sommes obligés, par un effet mécanique par rapport à nos garanties contractuelles, d'augmenter les cotisations, ce qui pose des problèmes vis-à-vis de nos assurés qui nous reprochent de n'avoir rien d'autre à proposer que des hausses de cotisation. Nous aimerions bien, demain, pouvoir leur proposer une alternative, à savoir de garder un reste à charge de 30 % uniquement sur les médicaments moins remboursés.

Ce qui nous intéresse dans les expérimentations Babusiaux, c'est de pouvoir, sur des bases sécurisées, bâtir, à partir de données de soins un peu plus détaillées, de nouveaux contrats et de nouvelles garanties qui répondent mieux aux besoins de nos clients, et donc de pouvoir liquider les prestations à partir de ces informations.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Quel est votre avis sur le bouclier sanitaire ?

**M. Alain Rouché :** Nous en avons discuté à plusieurs reprises au sein de la fédération avec les assureurs. C'est une approche tout à fait intéressante, qui mérite d'être creusée. Nous nous posons trois questions à son sujet. Premièrement, la mise en place du bouclier sanitaire ira-t-elle de pair avec une réflexion, évoquée par le Président de la République, sur les domaines qui relèvent plus de la responsabilité individuelle que de la solidarité nationale ? Deuxièmement, cela aurait-il du sens de raisonner sur un bouclier sanitaire global, c'est-à-dire s'appliquant à l'assurance maladie obligatoire et à l'assurance complémentaire ? Aujourd'hui, le bouclier est « percé » puisqu'il ne concerne que la dépense remboursable par l'assurance maladie obligatoire. Troisièmement, veut-on aller vers un véritable partenariat entre assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire ou souhaite-t-on laisser les complémentaires comme des supplétifs de l'assurance maladie obligatoire ?

**M. Pierre Morange, coprésident :** Sur chacune de ces questions, avez-vous des propositions à faire ?

**M. Alain Rouché :** Sur la première question, nous avons des propositions, que nous avons formulées et adressées à un certain nombre de personnes.

L'idée d'un bouclier global devrait faire l'objet d'un travail conjoint avec l'assurance maladie obligatoire afin d'en examiner les conséquences. Le sujet est un peu compliqué.

Quant à la troisième question, elle est de l'ordre du vœu. Nous souhaitons bâtir un véritable partenariat. Nous devrions avoir une approche qui tende davantage à l'efficacité du système de santé. Les assurances complémentaires peuvent y contribuer. Les cantonner dans un rôle de supplétifs de l'AMO – l'assurance maladie obligatoire – et ne pas leur donner accès à une certaine gestion du risque qui leur soit spécifique, pose problème. Les Français vont devoir dépenser plus pour leur santé. La question est de savoir s'il faut qu'ils payent plus pour l'assurance maladie obligatoire ou pour l'assurance complémentaire. Dans certains domaines, nous pensons pouvoir avoir une gestion du risque plus efficace et apporter de la valeur ajoutée au système.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Un rapport de la Cour des comptes évoque des coûts de gestion de l'ordre de 25 % pour les mutuelles complémentaires et même supérieurs pour les assurances spécifiques. Quel est votre avis sur ces chiffres ?

**M. Alain Rouché :** C'est un sujet qui nous préoccupe beaucoup en ce moment.

Première observation : ce rapport a été établi à la demande du Sénat. La Cour des comptes a décidé ensuite d'en faire un chapitre de son rapport général sur la sécurité sociale, ce qui offre la possibilité de faire des observations et de demander qu'elles soient annexées au rapport. On constate que ces éléments ont été rendus publics sans que nous puissions formuler ces observations. Nous sommes choqués par le procédé.

Sur le fond, il faut s'interroger quant au ratio utilisé pour faire des comparaisons entre les coûts de l'assurance maladie obligatoire et ceux des complémentaires. Le ratio choisi est « coût par rapport aux prestations ».

Premier élément de réflexion : si l'on peut avoir, puisqu'on fait à peu près le même métier, des coûts à peu près comparables, on n'a pas le même dénominateur. Les prestations versées par l'assurance maladie obligatoire sont plus importantes que celles de l'assurance complémentaire. Il y a un écart de l'ordre de un à six. Plus le dénominateur d'un ratio est important et plus le ratio est faible.

Deuxième observation : l'assurance maladie n'a pas mis à son numérateur, puisqu'elle raisonne en budget global, la charge des prestations hospitalières alors qu'elles apparaissent pour nous puisque nous versons des prestations à des individus et non globalement. Quand on connaît le poids des prestations hospitalières par rapport au total – de l'ordre de 40 ou 50 % – il faudrait majorer leur numérateur d'autant.

Troisièmement, son déficit est porté au dénominateur pour l'assurance maladie obligatoire. Pour leur part, les assurances complémentaires ne sont pas déficitaires.

Quatrième élément : ce qui nous gêne le plus, c'est la logique du ratio retenu car moins je ferai d'effort pour limiter la dépense et meilleur il sera. Plus j'investirai pour faire de la gestion du risque, plus je dépenserai en frais de gestion et moins j'aurai de charges au dénominateur. Le ratio lui-même est contestable car c'est une prime à l'inefficacité.

Cinquième observation : il y a des erreurs de calcul, ce qui est surprenant de la part de la Cour des comptes. Dans le tableau figurant à la page 23 du rapport, les coûts indiqués pour les institutions de prévoyance – IP – et les entreprises d'assurance – figurant au numérateur du ratio – sont de l'ordre de 800 millions d'euros, un peu moins pour les IP, un peu plus pour les entreprises d'assurance, et les prestations – figurant au dénominateur –



atteignent entre 3 et 4 milliards d'euros pour les IP et à un peu plus de 5 milliards d'euros pour les entreprises d'assurance. Or le ratio calculé est plus mauvais pour les entreprises d'assurance que pour les institutions de prévoyance. Nous avons refait les calculs avec les chiffres communiqués par la Cour. En fait les deux ratios sont faux.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Quels sont les coûts de gestion des assurances et des mutuelles ?

**M. Alain Rouché :** Je ne peux pas répondre pour les mutuelles. Pour les entreprises d'assurance, il n'existe pas de statistiques. La FFSA n'a pas de données sur les coûts de gestion des entreprises d'assurance, ce qui est compréhensible du fait de la nature concurrentielle des relations dans ce domaine. Connaître le montant des charges de son concurrent n'est pas neutre.

Je ne peux raisonner que sur les éléments du coût.

Il est composé d'abord des frais de gestion administrative, c'est-à-dire des frais de gestion du coût des prestations et des frais de gestion des fichiers d'assurés et des cotisations, qui doivent être de l'ordre de 2 %. Viennent ensuite les frais de soins, dont les coûts sont variables selon les entreprises d'assurance. Un indicateur donne une idée de ces coûts : les indemnités de gestion versées aux courtiers délégués de gestion. Quand un assureur confie la gestion des prestations frais de soins à un courtier, il verse pour cette gestion une indemnité de l'ordre de 7 %, certains délégués pouvant gérer en dessous, jusqu'à moins de 5 %.

À cela s'ajoutent les frais de distribution. Une partie est relativement faible, de l'ordre de 1 %, à savoir les frais commerciaux de l'assureur : marketing, emploi d'inspecteurs pour animer les réseaux de distribution. Pour les frais liés aux réseaux, qui se présentent en général sous la forme de commissions versées aux intermédiaires d'assurance – agents généraux ou courtiers –, il peut y avoir des variations importantes selon l'organisation des entreprises d'assurance et surtout selon la difficulté d'acquérir de nouveaux clients. Dans le cas de l'assurance maladie obligatoire et de certaines institutions de prévoyance désignées, par signature d'un arrêté d'extension, au niveau d'une branche professionnelle, les gens étant obligés de s'assurer, il n'y a pas besoin de rémunérer des intermédiaires pour faire des affaires. Il n'y a pas de frais de distribution. À l'autre bout, pour faire signer des contrats par des artisans et des commerçants, il faut aller les démarcher. Un agent général d'assurance sera obligé de faire plusieurs fois des dizaines de kilomètres en voiture pour présenter et expliquer le produit, ce qui génère des frais plus ou moins élevés selon le mode de distribution.

**M. Pierre Morange, coprésident :** En tout, cela se situe dans quelle fourchette ?

**M. Alain Rouché :** La moyenne globale qui apparaît dans le rapport de la Cour des comptes, avec des chiffres et des calculs qui sont faux, est, pour l'ensemble des organismes complémentaires, de 24,4 %, tous les frais que je viens d'évoquer compris. Ce n'est pas un pourcentage qui me choque pour les entreprises d'assurance. Sans savoir s'il est exact puisque je n'ai pas de données, il n'est peut-être pas loin de la vérité, étant entendu qu'il y a aussi des différences selon qu'il s'agit de contrats individuels ou de contrats collectifs d'entreprise, le taux pouvant être plus faible dans ce dernier cas.

Mon analyse était générale. Je vais laisser à mes collègues assureurs le soin de préciser ce qu'il en est sur le terrain.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Monsieur Lecocq, vous confirmez le chiffre de 24 ou 25 % de frais de gestion ?

**M. Stéphane Lecocq :** L'entreprise qui m'emploie a la chance de ne pas avoir ces taux. La filiale délégataire de gestion d'AXA facture à 6 % pour un « mix » d'assurances individuelles – 40 % – et collectives – 60 % –, l'assurance collective coûtant assez nettement moins cher. Pour ce taux, vous avez une gestion administrative complète des contrats d'assurance : émission de la police, vie du contrat, affiliation de nouveaux assurés, rattachement des enfants qui naissent, passage à la retraite, ainsi que toute la partie liquidation des prestations.

Si cette filiale travaille à 6 %, c'est parce qu'elle a des volumes suffisamment importants pour amortir ses coûts fixes. Je pense que c'est un très bon taux. On trouvera difficilement moins cher pour gérer administrativement des contrats d'assurance.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Ce taux doit se rapprocher de celui de l'assurance maladie obligatoire.

**M. Alain Rouché :** Si l'on raisonne sur la partie gestion, je pense que ce taux est inférieur à celui de l'assurance maladie obligatoire.

**M. Stéphane Lecocq :** La comparaison est quand même très hasardeuse, car elle s'effectue entre un assureur obligatoire et un assureur complémentaire parmi mille autres. L'assurance obligatoire paie globalement six fois plus que tous les assureurs complémentaires réunis et, face à elle, il y a mille porteurs de risque en complémentaires. Les coûts fixes sont disséminés, ce qui aggrave forcément les ratios. La Cour des comptes le reconnaît puisqu'elle indique que, logiquement, plus l'opérateur est important, moins ses coûts en ratio sont élevés.

**M. Alain Rouché :** Une véritable comparaison – et il serait intéressant de la faire – serait entre les coûts de gestion des caisses d'assurance maladie et ceux d'APRIA RSA qui est un organisme conventionné assureur dans le cadre du RSI – le régime social des indépendants.

**M. Jean-François Pluchet :** En tant que représentant de la MMA, je confirme les ordres de grandeur donnés par M. Alain Rouché. J'insiste sur le fait que l'on ne peut comparer le ratio « frais de gestion sur masse des prestations » de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire. La première gère essentiellement des frais hospitaliers alors que le premier poste en frais de soins individuels de l'assurance complémentaire est le médicament et la consultation, c'est-à-dire les soins de ville. Ce que l'assurance individuelle complémentaire rembourse essentiellement, ce sont un ticket modérateur sur la consultation, les dépassements et les médicaments.

**M. Pierre Morange, coprésident :** La dématérialisation des données, l'amélioration des interconnexions et un meilleur partenariat entre assurance obligatoire et assurance complémentaire permettraient-ils de minorer les coûts de gestion ?

**M. Jean-François Pluchet :** Ce qui sera déterminant dans ce domaine, c'est la capacité à gérer un certain nombre de données de manière automatique sur la base de flux dématérialisés. Chaque fois qu'on a pu automatiser des échanges, on a diminué de façon drastique les coûts de gestion. Cela nous renvoie à la question de l'accès aux données.

Certaines garanties vont au-delà des bases de remboursement de la sécurité sociale et de ce qui est pris en charge par le régime obligatoire. Elles sont gérées manuellement. Quand vous voulez rembourser des médicaments non remboursés par le régime obligatoire, cela se passe sur la base de factures papier qui coûtent très cher aux professionnels de santé comme aux régimes complémentaires. La voie de progression est la dématérialisation et l'automatisation.

**M. Alain Fouré :** J'ajouterai deux remarques.

Premièrement, les assureurs recherchent tous les gains de productivité possibles, notamment sur les frais de gestion et cherchent depuis longtemps à automatiser. Depuis une quinzaine d'années, il existe des liaisons avec les caisses et, aujourd'hui, un dispositif professionnel qui concentre les flux d'informations provenant de celles-ci traite plus de 110 millions de décomptes par an pour la sécurité sociale. Derrière, les systèmes d'information liquident automatiquement les prestations.

Dans le domaine du tiers payant – un certain nombre de prestations sont réglées aux professionnels de santé et donc ne transitent pas par les caisses d'assurance maladie –, nous avons un dispositif professionnel qui traite dans l'année plus de 80 millions de factures. Le taux d'automatisation, c'est-à-dire de liquidation sur des bases électroniques, est supérieur à 95 %. L'information venant des caisses est automatisée à 100 %. Il y a quelques années, on a supprimé les effectifs de gestionnaires qui saisissaient les décomptes de la sécurité sociale pour générer le remboursement complémentaire. Les assureurs ont réalisé, année après années, des gains de productivité en développant des automatisations.

Deuxièmement, l'enjeu porte non seulement sur les frais généraux, mais aussi et surtout sur la charge des prestations. Il ne faut pas se tromper de combat. Il est plus facile de gagner un point sur la charge des prestations que sur les frais généraux. Il vaut mieux dépenser 1 en frais si on gagne 10 en économie sur les prestations. Heureusement, les frais sont hors de proportion avec les montants des prestations que l'on est amené à verser. Mais l'un n'exclut pas l'autre.

**M. Jean-Luc Prével :** Sur le bouclier sanitaire, ma religion n'est pas faite. Pour qu'il fonctionne bien, l'idéal serait d'y inclure les dépassements d'honoraires, le dentaire et l'optique pour avoir un reste à charge global. Quel rôle joueraient alors les complémentaires ?

**M. Alain Rouché :** Pour que le bouclier sanitaire soit global, il faudrait des ressources sensiblement supérieures à celles qui sont disponibles aujourd'hui. S'il est fixé à un niveau très élevé, il peut y avoir encore un intérêt à souscrire une assurance complémentaire. S'il est fixé à un niveau très bas, il coûterait plus cher et de nombreux Français pourraient renoncer à souscrire un contrat complémentaire. Tout dépend également de la façon dont seront fixés les paramètres. Encore une fois, compte tenu des ressources de l'assurance maladie, il faudrait pouvoir mobiliser des sommes beaucoup plus importantes pour que le bouclier sanitaire soit global.

**M. Jean-Luc Prével :** Si le bouclier sanitaire n'est pas global, il restera un reste à charge très important. Quelle serait alors la signification du bouclier sanitaire ?

**M. Alain Rouché :** C'est toute la question. Pour l'instant, le bouclier sanitaire porte sur la dépense remboursable par l'AMO. Il faudrait voir si on peut le rendre global, car, actuellement, il ne prend pas en compte les dépassements d'honoraires.

Un mot, pour terminer, sur l'annonce faite par le directeur général de l'UNCAM - Union nationale des caisses d'assurance maladie. Nous avons été choqués que l'UNOCAM – Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire – n'ait pas été consultée. Nous sommes dans une logique de transfert mécanique de charge vers les assureurs complémentaires. Nous souhaiterions que ces derniers soient utilisés pour la valeur ajoutée qu'ils sont capables d'apporter et non comme de simples supplétifs de l'assurance maladie.

**M. Jean-Luc Prével :** Êtes-vous satisfait du fonctionnement de l'UNOCAM ? Quand nous avons voté la loi du 13 août 2004, il y avait trois piliers : l'Union des professionnels de santé, l'UNOCAM et l'UNCAM. Les trois vont-elles fonctionner un jour ensemble ?

**M. Alain Rouché :** En tout cas, nous, nous sommes prêts. Je pense que cela fonctionne bien au sein de la famille des complémentaires. Cela fonctionne visiblement moins bien avec l'assurance maladie obligatoire. Hier, l'UNOCAM a été amenée à émettre des avis sur des sujets mineurs alors qu'elle n'est pas consultée sur les questions fondamentales. Il y a là un problème. Une meilleure coopération entre l'AMO et l'AMC (l'assurance maladie complémentaire) serait de l'intérêt de tout le monde.

**M. Pierre Morange, coprésident :** Messieurs, nous vous remercions.

\*