

*Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
adopté à l'unanimité, le 22 avril 2010*

« Vieillesse, longévité et assurance maladie ».

Constats et orientations

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette réalité statistique appelle cependant quelques réflexions.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette déduction est inexacte.

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

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

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

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

Il faut donc s'y préparer.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l'écart de la dépense individuelle moyenne entre 70 et 90 ans est par exemple supérieur au double de l'écart constaté entre 50 et 70 ans.

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

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

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

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

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

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

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

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

Loin d'être anecdotiques, les « récits de vie » émanent du seul point de vue qui soit pertinent lorsque c'est la coordination des soins qui est en défaut, à savoir celui de la personne elle-même ou de son entourage proche. L'addition pas toujours cohérente d'actes et de prescriptions, la succession d'hébergements parfois trop longs, ou trop courts, ou inadaptés, l'accumulation d'examen non

conclusifs, sont autant de réalités vécues où s'expriment à la fois une intense mobilisation de moyens, et des conséquences humaines et thérapeutiques décevantes – quelques fois dramatiques.

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

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

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

Un écart aussi fort est anormal.

Le Haut conseil considère que, pour une grande part des personnes très âgées qui s'y présentent, les services d'urgence hospitalière constituent le réceptacle – indispensable en l'état des choses – de demandes de soins qui n'ont pas su ou pas pu trouver à temps, soit une réponse préventive adaptée, soit un cheminement plus direct vers l'intervention requise en services aigus de médecine ou de chirurgie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- la fonction de synthèse médicale et de prise de décision sur les orientations et les changements de prise en charge, assurée par principe par le médecin traitant.
- la fonction de coordination à proximité immédiate de la personne et des aidants familiaux, à la fois soignante et sociale, qui garantit la vigilance et la circulation de l'information, ainsi que l'aide pour

les démarches administratives ; elle peut être assurée par exemple, selon le type et le niveau de besoins, par une assistante sociale, une infirmière ou un autre auxiliaire médical, ou encore par une structure pluri-professionnelle.

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

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

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

Mais il ne suffit pas d'identifier des « actes de coordination » et de les payer : il est tout aussi important – et complémentaire – que les rémunérations des actes ou services qui doivent s'inscrire dans un processus coordonné soient liées au respect de ce processus, ne serait-ce que par une obligation de compte-rendu. Poser le principe de la rémunération des tâches de coordination des soins, c'est parvenir à lier coordination et rémunération dans les deux sens.

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

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

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

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

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

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

En raison bien sûr, en premier lieu, de l'inégalité de traitement qui en résulte. Mais en raison, aussi, de ce que ces inégalités n'affectent pas les différents territoires de manière homogène : le Haut

conseil a constaté que, quelle que soit la région considérée, il y a toujours un ou plusieurs « maillons faibles » dans l'éventail d'institutions et de services que doit comporter la « filière gériatrique ».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Haut conseil estime aussi qu'un meilleur accompagnement de la perte d'autonomie - besoin spécifique et distinct du soin – est susceptible de constituer un puissant levier d'efficience de la dépense d'assurance maladie. A la condition bien sûr que ses modalités d'engagement soient conçues en complémentarité étroite avec la réponse aux besoins de soins, et sans rupture dans la continuité des financements.

*

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