

Pour une autre organisation des soins et des aides : Les Réseaux Médicosociaux Coordonnés (RMSC)

R. LAUNOIS⁽¹⁻²⁾

In Launois R. « Des remèdes pour la santé. Pour une nouvelle politique économique de la médecine ». Institut La Boétie. Paris, Masson, 1989

(1) UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny (France)

(2) REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris (France) – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

1. LES PRINCIPES D'UNE REFORME

Les besoins des personnes âgées fragilisées évoluent au fur et à mesure que la détérioration progressive de leur état de santé les rend plus dépendantes. Il faut donc mettre en place un système de réponse diversifié et évolutif qui leur permette de trouver, à chaque étape de leur trajectoire de fin de vie, l'organisation appropriée la plus économique qui minimise les ruptures avec leur environnement habituel.

Dans le cas des personnes dépendantes, un modèle social incorporant les divers aspects essentiels de la vie – un logement adapté, les facilités ménagères, l'hébergement temporaire, le soutien psychologique – paraît préférable à un modèle exclusivement médical. Le rapport « Théo Braun » qui reconnaît le caractère « incontournable » de ces besoins, pose bien la vraie question : « qui va payer ? ». Ce n'est à l'évidence, ni l'assurance maladie, ni les budgets départementaux, ni les fonds sociaux qui peuvent faire face seuls à l'explosion de la demande. Il faut trouver des financements complémentaires. Un accord se dessine actuellement en faveur de la mise en place d'un système d'assurances invalidité-dépendance couvrant, en tout ou en partie, les frais de maintien à domicile ou d'hébergement.

Mais les risques sont énormes. Si le besoin médical est relativement bien cerné, les besoins sociaux sont encore très mal définis. Il est à craindre que des phénomènes massifs de hasard moral ne se produisent, d'autant que les familles, sécurisées par la présence des assureurs, auront tendance à se désengager. Pour prévenir l'explosion des coûts, il convient de revoir le mode de financement des prestations en substituant des prises en charge forfaitaires à des modes de rémunération ponctuels. Le « Rapport des Sages », même s'il ne va pas aussi loin, avance indéniablement des propositions en ce sens. Le compte de prestations par affilié, qu'il appelle fort discrètement de ses vœux dans une note de bas de page, conduit au calcul des coûts actuariels par classe de risques. Faut-il se contenter d'utiliser ceux-ci à des fins de contrôle en élaborant des forfaits statistiques de référence au regard desquels les dépenses des professionnels de santé pourraient être appréciées *ex post* ? Ne serait-il pas plus efficace de s'en servir pour déterminer, *ex ante*, les ressources nécessaires au bon fonctionnement des équipes d'aide et de soins ? C'est, à l'évidence, la seconde voie qu'il convient d'explorer.

La solution apportée doit transcender les frontières traditionnelles qui séparent les territoires médicaux et sociaux. Pour améliorer l'efficacité, il faut décroisonner. Décroisonner les populations prises en charge, décroisonner les services fournis, décroisonner les risques. La coordination par simple ajustement mutuel est insuffisante. Proposer la mise en cohérence des actions gérontologiques par la sectorisation soulève de nombreuses réticences. Pour dépasser les antagonismes institutionnels, mieux vaut jeter les bases économiques d'une solidarité de fait en fusionnant les financements au niveau d'équipes d'aide et de soins mises en concurrence. L'obtention d'un financement polyvalent et globalisé, dans le cadre d'une expérimentation de réseaux médico-sociaux coordonnés, serait un pas en avant dans l'adéquation entre les besoins et les moyens mis en œuvre.

2. LES MODALITES DE FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

2.1 La forfaitisation des prises en charge

La redistribution des formes d'aides et de soins impliquées par la mise en place de réseaux posera, inévitablement, des problèmes de frontières. Chaque allègement de charges d'un des financeurs se traduira par un déplacement des remboursements vers d'autres payeurs.

Pour circonscrire sans ambiguïté les responsabilités de chacun, on peut être tenté de pallier les glissements de remboursement en procédant au chaînage des consommations d'aides et de soins. Le but de l'opération serait, alors, d'associer ceux qui voient leurs charges allégées, au financement des dépenses accrues qui en résultent pour les autres. Une telle approche serait vaine. Elle nous ferait retomber dans les ornières du système actuel. Il faudrait définir jusqu'où et dans quelles conditions l'assurance maladie devrait s'engager et à partir de quel seuil les autres payeurs « continueraient d'intervenir lorsque les conditions exigées pour l'intervention de la sécurité sociale cesseraient d'être remplies ». De surcroît, le risque serait grand que les acteurs, informés des critères de remboursement, y adaptent leur politique de placement sans prendre en compte les besoins de la personne âgée. Certaines structures, ou certaines aides seraient utilisées parce qu'elles seraient remboursées ou mieux remboursées.

C'est dans une tout autre direction qu'il convient de s'engager. C'est au regard de ce que paye aujourd'hui chaque financeur par ressortissant, que devrait être calculé le montant de leur contribution respective. Chacun connaît la dépense totale remboursée ou payée par bénéficiaire en fonction des conditions de ressources actuellement exigées. Chacun sait quelle est la fréquence des sinistres, c'est-à-dire la proportion des bénéficiaires ou des personnes ayant « un besoin effectif d'aide et l'exprimant », dans la population dont il a la charge. Le produit de ces deux termes donne la dépense moyenne par personne protégée. Cette somme, au lieu d'être payée a posteriori, peut très bien être versée d'avance à une équipe d'aide et de soins au prorata du nombre de ressortissants qui l'ont choisie.

N'importe qui peut procéder à de tels calculs. C'est, bien évidemment, le cas des caisses maladie, des mutuelles ou des compagnies d'assurances. Rien ne s'oppose à ce que les conseils généraux et les caisses de retraite aient recours aux mêmes techniques.

En pratique, la méthode doit être affinée et des groupes homogènes, en termes d'âge, de sexe et de dépendance, doivent être constitués. L'expérience du panel d'assurés de Medicare aux Etats-Unis montre que ce dernier critère doit être intégré pour appréhender les besoins des personnes âgées et servir de base à la définition des forfaits. Les informations que fournit ce panel montrent clairement que les personnes ayant perdu leur autonomie coûtent plus cher que les dépendants légers et les non-dépendants.

- Le surcoût lié à la perte d'autonomie est important et il se maintient à un niveau élevé plus longtemps. La dépense médicale moyenne d'une personne âgée dépendante accueillie en maison de retraite médicalisée, est deux fois plus forte que pour l'ensemble des pensionnaires hébergés dans ces mêmes structures. Le nombre moyen de journées d'hospitalisation des personnes âgées gravement dépendantes dans les deux ans qui précèdent et qui suivent leur entrée en incapacité est de 1,75 à 3 fois supérieur à celui des sujets valides.
- Face à la mort, ces différences de consommation médicale s'estompent, mais le risque financier subsiste. Une personne âgée, dépendante ou non, qui décède dans l'année, consomme 4 fois plus de journées d'hospitalisation qu'une personne du même âge dont l'état de santé s'est stabilisé. Or, le taux de mortalité des personnes âgées sévèrement dépendantes est 5 fois plus élevé que celui des sujets valides. Ces données sont confirmées par l'enquête de l'INSERM réalisée en Haute-Normandie : à trois ans, le niveau d'incapacité est le plus fort prédicteur, en dehors de l'âge, de la mortalité.

L'ensemble de ces données prouve que la dépendance est un facteur indiscutable de majoration des coûts. Afin d'éviter que les structures ne se spécialisent dans le recrutement des personnes âgées en

bonne santé, il paraît indispensable de moduler les forfaits annuels de santé en fonction du degré de perte d'autonomie des personnes prises en charge.

2.2 La coordination des financements publics et privés

Le dévolution aux équipes d'aide et de soins de forfaits modulés en fonction de critères d'âge, de sexe et de dépendance, versés a priori par les divers financeurs, permettra de lever les difficultés liées à l'hétérogénéité des ressources. La clé de répartition de ces forfaits entre les divers organismes financeurs sera définie sur la base de leur contribution actuelle par adhérent. Leurs rapports respectifs seront mis en commun dans le cadre d'un système de gestion unifié.

Un triple réseau de financement peut être organisé autour d'une institution « porteuse », en fonction des caractéristiques des populations aidées :

- a) Si les revenus de l'assuré social sont inférieurs au plafond d'intervention de l'aide sociale, les caisses d'assurance maladie versent un forfait annuel de santé (FAS) par adhérent pris en charge. Le service d'aide sociale paye le complément, d'avance, au titre de l'aide médicale ou de l'aide aux personnes âgées. La totalité du coût de la prise en charge sanitaire et sociale est financée par les financeurs collectifs, nationaux ou territoriaux.
- b) Si les revenus dont dispose l'assuré sont supérieurs au seuil d'octroi de l'aide sociale, mais inférieurs au plafond d'intervention des régimes de retraite, la caisse d'assurance maladie verse le FAS ; les fonds d'action sanitaire et sociale prennent en charge les heures d'aides ménagères attribuées par classe de risque, dans la limite des ressources dont ils disposent. L'utilisateur potentiel du dispositif paye la fraction des dépenses qui excède la totalité des recettes encaissées par l'organisation, toutes sources de financements confondues. Il la paye d'avance, sous forme d'un abonnement forfaitaire annuel dont le montant est identique quel que soit son organisme d'affiliation. Cette échelle de « participation standardisée » crée une solidarité locale qui neutralise les disparités liées aux diverses capacités d'intervention des organismes nationaux. Les financements privés et publics sont articulés au niveau des équipes de prise en charge, mais l'appoint de l'assurance reste marginal. Seuls les tickets modérateurs sanitaires et sociaux font l'objet d'une mutualisation.
- c) L'assuré social, enfin, qui ne bénéficie d'aucune aide légale ou facultative peut accéder directement aux prestations en souscrivant un contrat local « d'assistance dépendance ». L'organisation d'aide et de soins et l'assureur mettent en commun leurs capacités pour optimiser la prise en charge.

L'organisation d'aide et de soins :

- reçoit le forfait annuel de santé versé par la sécurité sociale,
- délivre les soins et fournit les services de maintien à domicile et d'hébergement,
- diffuse le produit d'assurances correspondant et touche une partie des primes souscrites.

L'assureur, quant à lui, joue un rôle traditionnel d'apériteur, c'est-à-dire de gestionnaire des contrats du réseau et réassure une partie de ses risques en excédent de plein ou en excédent de sinistres. Le système fonctionne en *répartition stricte*, les primes collectées au cours d'une année sont redistribuées au cours de la même période sous forme de prestations.

Cette globalisation à trois niveaux concilie, comme le souhaite l'IGAS, « l'existence d'un double secteur sanitaire et social sur lequel il paraît difficile de revenir et la nécessité d'offrir un dispositif d'ensemble ».

Mais, avec l'introduction, aux niveaux 2 et 3, d'une participation forfaitaire des adhérents, un principe d'économicité est introduit dans le choix des usagers. Une véritable concurrence peut s'instaurer entre les professionnels, au risque, pour les prestataires de services, de perdre leur clientèle si la qualité des interventions se détériore ou si le coût des abonnements est trop élevé. Pour garder leurs malades, les équipes d'aide et de soins sont incitées à améliorer la qualité du service rendu et à maîtriser les coûts.

2.3 Le partage des risques

Pour éviter les « délestages » de responsabilité financière entre les différents intervenants, des clauses motivantes sont introduites. Elles associent les associations gestionnaires aux bénéficiaires et aux pertes des établissements de soins.

La structure de prise en charge est appelée à gérer, au titre des prestations médico-sociales qu'elle offre, trois masses de dépenses bien différentes :

- les frais hospitaliers, trois séjours confondus,
- les frais de maintien de la personne âgée à domicile ou en son substitut (maisons de retraite, foyers-logements ...),
- les honoraires médicaux.

Trois comptes distincts sont donc ouverts sous chacune de ces rubriques pour retracer les opérations correspondantes. L'organisation attribue à chacun des comptes, dans des conditions qu'elle fixe elle-même, un pourcentage donné des ressources dont elle dispose. Toute réévaluation a posteriori du montant de ces dotations est exclue. Une réserve de compensation est constituée pour lui permettre de faire face à ses obligations.

Lorsque le solde du compte « frais de séjours hospitaliers » n'excède pas, en plus ou en moins, 25 % du total des recettes dont celui-ci est crédité, le surplus – ou le déficit – est partagé entre l'organisation, les établissements hospitaliers et les associations gestionnaires, pour la fraction leur revenant. Au-delà de cette fourchette, la responsabilité des établissements et des associations est totalement dégagee.

Aucune division financière des risques, en revanche, pour le compte « Frais de maintien au domicile ou en son substitut » dont les associations gestionnaires assument la totale responsabilité. Celles-ci reçoivent un forfait par adhérent ayant « un besoin effectif d'aide » [Colvez A., 1985]. Au crédit du compte sont portés des avoirs qui varient en fonction de l'âge, du sexe et du degré de dépendance de la personne âgée. Au début, sont imputés tous les frais du personnel soignant : infirmières, gardes-malades, aides-ménagères, ainsi que les coûts des médicaments usuels.

Pour les actes thérapeutiques pratiqués par les médecins et pour les prestations sanitaires, plusieurs modalités sont envisageables. La rémunération à l'acte ou les paiements à l'unité peuvent être pris en charge dans le cadre d'un forfait individuel, mais rien ne s'oppose à ce que le mode actuel de paiement et de remboursement soit maintenu. L'utilisation du bordereau « 615 » éviterait au malade de faire l'avance des frais, tout en rendant les contrôles plus aisés.

Toutes les opérations déficitaires, ou bénéficiaires, de l'exercice dont l'association gestionnaire est responsable, à savoir :

- la fraction du surplus, ou du déficit, lui revenant au titre des frais de séjour,

- l'intégralité du surplus, ou du déficit, enregistré au compte « maintien à domicile ou en son substitut »,

sont portées à un compte de résultat consolidé.

Lorsque les résultats consolidés de la gestion des deux fonds font apparaître un excédent, celui-ci est réparti en crédits de fonctionnement au profit des diverses équipes d'aide et de soins qui collaborent au service. Lorsqu'un déficit surgit, les sommes requises pour équilibrer le compte sont prélevées sur la réserve de compensation.

Un tel dispositif permet d'introduire une certaine souplesse dans un système de financement fermé. *In fine*, il expose l'association gestionnaire à la sanction du marché. Deux cas de figures peuvent, en effet, se présenter :

- ou bien les pertes sont résorbées par compensation avec les réserves, le solde bénéficiaire net – s'il en existe un – étant partagé entre les diverses équipes d'intervenants,
- ou bien les pertes subsistent après épuisement des réserves et l'association gestionnaire est astreinte à les éponger. Les sommes correspondant à sa dette seront prélevées sur les résultats de l'exercice suivant.

3. LE CHOIX D'UN PROMOTEUR

3.1 L'hôpital

La chance s'offre à l'hôpital de sortir de son champ institutionnel classique et de mettre en place des structures évolutives vers la ville. Les budgets annexes des établissements de long séjour offrent le cadre comptable adéquat. Le forfait annuel de santé s'y substituerait simplement au forfait soins, mais les excédents ou les déficits, resteraient hors budget général, comme actuellement, et cesseraient d'être repris en atténuation de charges ou en majoration de dépenses, échappant ainsi aux tentatives de récupération des caisses. Les établissements auraient donc une marge d'autonomie qui leur permettrait d'améliorer leurs prestations et leur compétitivité. Bien entendu, un tel dispositif suppose un rétrécissement du champ de la dotation globale dont le budget annexe long séjour serait exclu.

3.2 Les équipes de médecins libéraux

Les réseaux médicaux sociaux coordonnés offrent aux praticiens la chance de garder la maîtrise de leur outil de travail en créant un nouveau type d'entreprise médicale dont ils seraient les actionnaires majoritaires. Une troisième voie s'ouvre entre la médecine de caisse et la médecine de chaîne, ce qui leur permettra de conserver leur clientèle tout en développant leurs investissements. Rien ne s'oppose à ce qu'ils aient recours à des gestionnaires salariés pour régler les problèmes techniques que poserait, inévitablement, le changement de dimension de leur activité.

3.3 Le centre communal d'action sanitaire et sociale (CCAS)

Le dispositif financier qui est proposé lui donne le moyen d'atteindre les objectifs qui sont réglementairement les siens. Sa vocation naturelle est bien de coordonner l'action sociale au niveau communal. Il dispose de l'autonomie juridique et financière pouvant lui permettre de développer des actions diversifiées. Ses ressources sont loin d'être négligeables. Il reçoit déjà, automatiquement, une partie des fonds de l'aide sociale et il touche, également, des fonds en provenance des caisses de retraite. La consolidation des financements pourrait être accélérée en s'appuyant sur le cadre juridique existant. L'article 33 de la loi du 28 juillet 1983 permet au

département de confier à la commune, par convention, une partie des compétences qui lui ont été attribuées dans le domaine médico-social. Le conseil général qui se doit d'assurer le financement des charges correspondantes, peut le faire de manière forfaitaire. La commune peut, elle-même, rétrocéder au CCAS les responsabilités qui lui ont été confiées, ainsi que les moyens d'y faire face. Le nouvel article 137 du Code de la famille permet au CCAS d'intervenir sous forme de prestations non remboursables. La mise en œuvre d'une mutualisation des tickets modérateurs s'en trouvera facilitée.

3.4 Les maisons de retraite privées

Elles pourraient constituer, également, le support logistique du maintien sur le lieu de vie. A partir d'une structure d'hébergement social, on pourrait diffuser, à domicile, les services conçus initialement à l'usage exclusif des pensionnaires et fournir, ainsi, une filière souple d'accès progressif à différents modes de prise en charge en fonction de l'évolution de la dépendance.

4. CONCLUSION

Réforme de fond, mais respect des valeurs essentielles

Le système proposé respecte la liberté de chacun. Il préserve la solidarité par le maintien d'une péréquation des risques au niveau le plus élevé. Par la réintroduction de mécanismes de concurrence, il établit les conditions d'une auto-régulation « en douceur ». Certes, il exige une modification profonde de la réglementation de la sécurité sociale, qui se heurtera à bien des réticences et des avantages acquis. Mais il est désormais évident que le régime actuel est condamné. La réforme préconisée, si elle est d'importance, est prudente en ce qu'elle prévoit une adaptation de la sécurité sociale, et non une véritable remise en cause : une évolution qui se fera par étapes, appuyée par un effort d'information des publics, en concertation avec les différentes parties concernées.