ESQUISSE DES SOLUTIONS POSSIBLES POUR UNE ASSURANCE-DÉPENDANCE

Robert LAUNOIS *

Si la couverture des soins médicaux peut être considérée en France comme adéquate, il n'en va pas de même dans le secteur médico-social. En 1986, l'assurance maladie payait 87,7 % des dépenses de santé hospitalières, et le financement direct des ménages n'était que de 9 %. Par contre, une étude récente du LEGOS estime que la part des dépenses médico-sociales laissées à la charge des ménages oscille entre 41 et 50 %.

Lorsque ceux-ci sont incapables de faire face aux lourdes dépenses qu'impose leur invalidité, l'Aide sociale vient à leur secours, mais dans des conditions draconniennes, après mise en jeu de l'obligation alimentaire, et sous réserve du recours de la collectivité sur la succession du bénéficiaire **.

La gravité du problème est bien perçue par les personnes âgées, qui ressentent une angoisse profonde à l'idée de la dépendance. Mais beaucoup s'illusionnent encore en croyant que la Sécurité sociale ou, à un moindre degré, les mutuelles, leur viendront en aide alors que le problème posé échappe pour partie à leur champ de compétences. D'où la nécessité d'imaginer des dispositifs nouveaux pour permettre aux personnes âgées de financer leurs dépenses en cas de dépendance.

LES INTERESSES

On peut distinguer deux populations cibles : les personnes âgées ellesmêmes ; leurs enfants, ou leurs proches.

• Les personnes âgées elles-mêmes

Elles peuvent se préoccuper plus ou moins tôt du problème. En théorie, elles auraient tout avantage à cotiser à des plans d'« invalidité-dépendance » pendant leur vie active, dans le cadre de contrats de groupe qui pourraient être souscrits par l'intermédiaire des entreprises. Les cotisations seraient alors faibles, les intéressés étant jeunes et le contrat, collectif.

^{*} Agrégé des Facultés de Droit et de Sciences Economiques, 13, rue Mignard, 75116 Paris.

^{**} Au premier franc pour les frais d'hospitalisation ou d'hébergement et dans la limite du double seuil de 1 000 F de dettes et de 250 000 F d'actif net pour les aides à domicile.

- 2. Attalli (G.), Leroux (R.), Vetel (J.M.). Système GERIATRIX. La rechercheaction en santé publique. SYSTED 83, Systems Science in Health-Social Services for the Elderly and the Disabled. Systems Science Press, Ed. C. Tilquin,
- 3. Balhis (S.). Le barycentre de GERONTE et ses facteurs de contraste. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de médecine de Tours, 1983.

Crozier (M.). - L'acteur et le système. Ed. Seuil.

5. Dictionnaire des Personnes Agées, de la Retraite et du Vieillissement. Commission ministérielle de terminologie auprès du secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées. FRANTERM diffusé par Nathan, 1984.

- Donnabedian. The quality of medical care. Science, 1978.

 Godon (J.), Hovasse (E.), Séverin (F.), Viau (G.), Attalli (G.), Leroux (R.). —

 Evaluation visualisée du soin global gériatrique: ISIS. La revue de gériatrie,
- Tome 10, n° 5, avril 1985.
 Gremy (F.). Informatique Médicale. Introduction à la méthodologie en
- médecine et santé publique. Paris : Flammarion, 1986 (Coll. Médecine, Sciences). Henrard (J.C.), Cassou (B.), Colvez (A.), Lazar (P.). Perte d'Autonomie ou Handicap. Problèmes conceptuels. Revue de Gériatrie, 1980, T. 5, nº 8, p. 375-378.
- Israël (L.), Kozarevic (D.), Sartorius (N.). Evaluations en Gérontologie.
- Ed. Karger, 1984.

 11. Inspection Générale des Affaires Sociales. Rapport sur l'évaluation des Précenté non M. Moussier-Lompre et besoins d'accueil des personnes âgées. Présenté par M. Mousnier-Lompre et
- M. Penaud, août 1985.
 Leroux (R.), Attalli (G.), Viau (G.), Godon (J.). Mise au point d'une méthode d'évaluation des déficits, de l'invalidité et des handicaps chez les personnes âgées pour une optimisation de leur réinsertion sociale. INSERM. Programme de recherches coordonnées, 1982: N° 132007, N° 132006, N° 132022, N° 172011
- 13. Leroux (R.), Viau (G.). Elaboration d'une échelle d'environnement pour les personnes âgées. INSERM, Contrat de recherche externe n° 849016, mai
- 14. Leroux (R.)/Attalli (G.). Programme informatique dans un service de géria-
- Leroux (R.)/ Attalli (G.). Programme informatique dans un service de gériatrie. Revue/de Gériatrie, Tome 4, n° 3, mars 1979.

 Leroux (R.), Viau (G.), Fournier (M.), Bergeot (R.), Attalli (G.). Visualisation d'une échelle simple d'autonomie: GERONTE. Revue de Gériatrie, Tome 6, n° 9, novembre 1981.

 Leroux (R.), Viau (G.), Godon (J.), Attalli (G.), Hovasse (E.), Séverin (F.). GERONTE et ISIS, Autonomie et soins en Gériatrie. La Pratique médicale, n° 320, 5 mars 1986.

 Leroux (R.), Schopire (G.), Bella (G.), Political de la Pratique médicale, n° 320, 5 mars 1986.
- Leroux (R.), Schapira (G.), Delafournière (F.). Contribution à la méthodologie des plans gérontologiques. Résultats du département du Cher. Revue
- de Gériatrie, Tome 11, n° 10, décembre 1986. Leroux (R.), Attalli (G.), Viau (G.), Hovasse (E.), Séverin (F.). Le diagnostic figuré de l'autonomie en gérontologie, son extension aux services de médecine interne et son utilisation en santé publique. Le Concours médical, 11-10-1986,
- p. 108-35.

 19. Massot (M.). Construction d'un système informatisé d'évaluation dans le domaine sanitaire et social gérontologique. Thèse de doctorat en médecine,
- Faculté de médecine de Tours, 1987. Plan Gérontologique. Eléments de réflexion pour un plan gérontologique du Cher. Département du Cher, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales, janvier 1986. Viau (G.). — GERONTE et la rééducation fonctionnelle. Symbiose - Revue
- des Professions de Santé. № 20, 1981.

 Wood (Ph.). Classification of impairment and handicaps OMS, ICD Ref. Conf. 75-15, Genève: OMS, 1975.

Dans les faits, comme tendrait à le confirmer l'expérience américaine, il est à craindre que les entreprises ne renâclent devant l'alourdissement des charges complémentaires, et que les salariés eux-mêmes ne se sentent pas, à ce stade de leur cycle de vie, vraiment concernés par le problème.

Les contrats d'invalidité ont donc toutes chances d'être souscrits de façon individuelle, après le départ à la retraite, ou durant les dernières années d'activité.

• Les enfants

Ils peuvent envisager de financer eux-mêmes un plan au bénéfice de leurs parents, si ceux-ci n'ont pas les moyens de le faire, pour éviter d'avoir à remplir leurs « obligations alimentaires » et de voir l'héritage familial dilapidé.

MECANISMES DE FINANCEMENT

On distingue deux types de mécanismes : la répartition et la capitalisation.

• La répartition

La technique de répartition consiste à mutualiser les fonds des souscripteurs en mobilisant les cotisations des non-dépendants au profit des plus malchanceux. Le risque financier associé à la dépendance est ainsi réparti sur l'ensemble des souscripteurs. Le versement des prestations est subordonné à l'apparition d'une situation d'invalidité-dépendance. Si elle ne se produit pas, l'assurance est souscrite à fonds perdus.

● La capitalisation

Selon cette technique, l'individu finance largement lui-même les garanties qu'il se constitue, dont l'importance varie, d'une part, en fonction de la durée et de l'ampleur des cotisations, et, d'autre part, de la qualité de la gestion de l'organisme assureur.

Dans le système de la rente viagère différée, les ressources disponibles en fin de parcours sont indépendantes des besoins de l'assuré. A partir d'un âge fixé par le contrat, la rente est automatiquement versée, que l'individu soit dépendant ou non. Les modalités pratiques du contrat peuvent, cependant, en atténuer la rigueur, en prévoyant un versement anticipé en cas d'apparition du risque. Par exemple, le plan des Assurances du Groupe de Paris (AGP) présente une combinaison originale d'une « temporaire » dont les arrérages peuvent être versés en cas de dépendance jusqu'à une date prévue au contrat, et d'une « rente viagère différée » qui prévoit le versement, à partir d'une date donnée, d'une annuité jusqu'à la fin de la vie du souscripteur, quel que soit son état de santé.

Dans un système type « vie entière immédiate », l'assureur paie la rente au bénéficiaire en cas de situation d'invalidité-dépendance, quel que soit le moment où elle survient et jusqu'à son décès, si elle se maintient. Il

s'agit bien d'un système de capitalisation avec constitution de réserves techniques, mais le risque est plus largement mutualisé que dans le cas précédent. En effet, aucune prestation n'est due, et les primes sont acquises à la compagnie qui a couvert le risque lorsque les personnes âgées restent valides.

« Assurance répartition » et « assurance capitalisation » devraient, en principe, être utilisées dans des contextes bien précis :

1'« assurance répartition », lorsque le risque financier est lourd, mais

peu fréquent (invalidité lourde, institutionnalisation);

— l'« assurance capitalisation », lorsque le risque financier est plus faible et le danger de surconsommation plus important (invalidité légère, soins à domicile).

GARANTIES

Deux types de contrats sont envisageables, selon qu'on se place dans le cadre d'une assurance de personnes ou d'une assurance-dommages.

• L'assurance de personnes

La garantie offerte est le versement d'un montant forfaitaire fixé à l'avance, par mois, par trimestre ou par an.

Actuellement, en France, il existe deux plans de ce type:

— le plan « grand âge » des Assurances du Groupe de Paris (AGP),

— le plan « invalidité absolue définitive avec dépendance » de l'Association Générale des Retraites par Répartition (AGRR).

- Le plan AGP

Le contrat « grand âge » des AGP est une formule de prévoyance et d'épargne (capitalisation) qui, selon ses promoteurs, donne à toute personne d'au moins 50 ans, « trois garanties plus une :

- la rente « grand âge » : versement d'une rente viagère différée à l'assuré, quel que soit son état de santé, à partir d'une échéance fixée entre 75 et 85 ans et choisie lors de la souscription;
- le versement anticipé de la rente viagère en cas de perte d'autonomie avant l'échéance prévue, si l'état de l'assuré nécessite la présence d'une tierce personne:
- le versement d'un capital en cas de décès de l'assuré, au bénéficiaire qu'il a choisi, son montant étant au moins égal à un trimestre de rente;
 - l'exonération des cotisations en cas de versement anticipé. »

Les prix:

• à 50 ans, pour bénéficier, à partir de 75 ans, d'une rente annuelle de 120 000 F, l'assuré doit payer une prime unique de 360 682 F, ou une prime périodique pendant vingt ans de 36 706 F;

• pour bénéficier de la même rente à partir de 80 ans, il devra verser une prime unique de 203 086 F, ou une prime périodique, pendant vingt-cinq ans, de 24 738 F.

- Le plan AGRR-Prévoyance

C'est une assurance de type « vie entière », qui prévoit le versement d'une rente trimestrielle tant que l'assuré est vivant, sans limitation de durée, s'il est atteint, depuis au moins trois mois, d'une invalidité absolue et définitive nécessitant l'assistance constante d'une tierce personne, soit pour effectuer trois des quatre actes ordinaires de la vie, soit en cas de démence sénile avancée.

Les cotisations vont actuellement de 44 F par mois, pour l'option minimum souscrite à 50 ans, donnant droit à versement de 6 000 F/trimestre, à 339 F par mois pour l'option maximum souscrite à 70 ans, donnant droit à 18 000 F/trimestre.

Comparaison des deux plans *

Le programme AGRR est une assurance à fonds perdus, le plan AGP,

au contraire, offre une garantie viagère.

Les cotisations du plan AGRR évoluent dans le temps en fonction de la valeur du point des caisses de retraites. Par contre, dans le plan AGP, les cotisations versées sous forme de primes périodiques sont constantes. Leur valeur est simplement fonction de l'âge qu'avait l'assuré au moment de la souscription du contrat.

Dans le contrat AGRR, si l'assuré ne paie pas sa prime, il perd la totalité de l'investissement réalisé, alors que dans le programme AGP, le montant de la rente viagère est réduit à due concurrence.

Comparaison avec les Etats-Unis

Comme aux Etats-Unis, les deux plans français sont des plans indemnitaires qui ne couvrent pas l'intégralité des coûts que devront supporter les personnes âgées en cas de dépendance. L'assureur cherche à limiter ses risques.

L'AGRR, comme ses homologues américains, prévoit une franchise de trois mois d'invalidité avant l'octroi de la garantie, clause de sauvegarde qui exclut l'alitement temporaire et limite le risque. Le risque assuré est bien circonscrit. Par contre, contrairement aux plans américains, la garantie octroyée n'est pas limitée dans le temps et peut être indifféremment affectée au financement de l'hébergement ou du maintien à domicile.

L'assurance-dommages

- L'idée est d'offrir, en matière sociale, des garanties analogues à celles octroyées dans le secteur sanitaire, c'est-à-dire d'indemniser l'assuré en fonction du préjudice financier qu'il subit. Le « Rapport Théo Braun » 2, lorsqu'il évoque la nécessité de mettre en place des dispositifs offrant des garanties en nature, semble implicitement se référer à des plans de ce type.

- Les avantages en sont clairs: une meilleure adéquation aux besoins des personnes âgées, accès facilité aux structures, d'une part, solvabilisation de la demande, d'autre part.

Ce texte ayant été rédigé avant la présentation des plans de la Caisse Nationale de Prévoyance (CNP) et de l'Union des Assurances de Paris (UAP), leur contenu n'a pu être analysé ici.

— Mais les risques sont énormes. Si le besoin médical est relativement bien cerné, les besoins sociaux sont encore mal définis. Il est à craindre que des phénomènes massifs de hasard moral se produisent, d'autant que les familles, sécurisées par la présence des assureurs, auront tendance à se désengager. Les primes deviendront de plus en plus élevées, seuls continueront à s'inscrire les mauvais risques, et il est à craindre que ne s'instaure un cercle vicieux d'anti-sélection.

Le «Rapport Théo Braun » envisageait, dans sa version initiale, de maîtriser ces deux démons de l'assurance à long terme — le risque moral et l'anti-sélection — en rendant celle-ci obligatoire, dès l'entrée en jouissance des droits à la retraite. Dans sa version définitive, il se borne à demander la mise en œuvre d'une « assurance autonomie », sans se prononcer sur son caractère obligatoire ou facultatif.

Dans le cas de l'assurance volontaire, il conviendra, avant de commercialiser de tels plans, de définir un produit qui réponde aux attentes de

la clientèle sans exposer les assureurs à des risques inconsidérés.

— Ces attentes, quelles sont-elles? Les souscripteurs, le plus souvent, rejettent *a priori* l'idée de devoir entrer en maison de retraite, leur premier souhait est de rester chez eux, de ne pas se couper de l'environnement habituel.

Dans l'optique d'une commercialisation, il paraît donc peu réaliste de leur proposer une police dont les garanties se bornent à la prise en charge des seules dépenses en institution, même si un tel contrat a la préférence de l'assureur, qui y voit un moyen de limiter ses risques.

— La vente à grande échelle de contrats d'« assurance-dépendance frais réels », semble donc exiger que les dépenses de maintien à domicile puissent être prises en charge. Le risque moral devient alors énorme, et il convient de prévoir des garde-fous qui peuvent être :

- des franchises ou des tickets modérateurs;

— un plafonnement des dépenses de maintien à domicile aligné sur, ou inférieur, à celui du coût de la prise en charge en institution;

— la mise en place d'un contrôle de l'accès aux prestations.

En tout état de cause, un tel système d'« assurance-dépendance en nature » ne se conçoit pas sans une étroite coordination avec les prestations médicales. Mais on entre alors dans le cadre d'un système d'assurance prestataire intégré.

LA TROISIEME VOIE: L'ASSURANCE-ASSISTANCE

Selon la définition de Jean Barroux et René Dessal, l'assurance-assistance « ne rembourse pas a posteriori une somme d'argent correspondant à un préjudice subi, mais elle fournit un service » 3. Le principe consiste donc à créer un dispositif d'ensemble de prise en charge qui permette une grande flexibilité des réponses. Mais il ne faut pas se leurrer, on ne va pas transformer du jour au lendemain des structures existantes. Elles s'insèrent dans

un réseau de relations juridiques, économiques et personnelles qui favorisent la pérennisation du statu quo. Proposer l'intégration immédiate des organisations ser ait aller à l'échec. 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. La mise en œuvre d'un tel dispositif repose sur six règles d'action :

• Offrir une structure globale d'intervention

Pour améliorer l'efficacité du système, une seule ligne de conduite s'impose, il faut décloisonner: décloisonner les services fournis, décloisonner les populations prises en charge, les financements et les risques. Mais il ne suffit pas d'appeler la coordination de ses vœux, encore faut-il proposer une organisation qui en permette l'émergence.

La coordination ne s'improvise pas, elle ne saurait se faire par simple ajustement mutuel. Elle exige la mise en place d'une véritable cellule d'organisation et de décision dont le « directeur médical » et le « coordonnateur social » seraient les piliers.

Le directeur médical assurerait la coordination de toutes les décisions diagnostiques et thérapeutiques, y compris l'accès à l'hôpital. Il se porterait garant de la continuité des soins.

Le coordonnateur social prendrait en compte l'environnement familial et serait chargé de la bonne gestion des trajectoires de fin de vie. Il repèrerait les situations de détresse, programmerait les prestations d'aide à la vie quotidienne et évaluerait le bien-fondé des politiques de placement.

• Trouver de nouveaux financements

Selon J.C. Henrard ⁴, le secteur sanitaire reçoit des sommes cinq fois plus élevées que le secteur social. Les dépenses consacrées aux services à domicile sont inférieures de moitié à celles qu'entraîne l'accueil en institutions. Cette double asymétrie des flux de financement pousse à la médicalisation du vieillissement et conduit à l'hospitalisation: « 38 % des 27 000 malades hospitalisés plus de vingt jours dans les services de court séjour ont une prolongation de durée de séjour médicalement injustifiée. 27 % des personnes hospitalisées dans les établissements n'auraient pas dû s'y trouver et 40 % des personnes hospitalisées en psychiatrie ne relevaient pas de telles structures. » Si l'on veut éviter que l'appareil de soins ne soit détourné de sa vocation sanitaire, il conviendra de développer des services de voisinage et les structures d'accueil intermédiaires qui permettront de maintenir les personnes âgées dans leurs lieux de vie habituels.

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. On pourrait imaginer des formules nouvelles d'assurances privées susceptibles de s'articuler sur les financements publics. La mise en place d'un tel dispositif pose deux problèmes, celui du mode d'intervention des organismes payeurs et celui des clés de répartition à définir.

• Forfaitiser les prises en charge

C'est au regard de ce que paye aujourd'hui chaque financeur par ressortissant que pourrait être calculée leur contribution respective. Chacun connaît le montant de la dépense moyenne remboursée ou payée par bénéficiaire. Chacun sait quelle est la fréquence des sinistres, c'est-à-dire la proportion des bénéficiaires par rapport à l'ensemble de 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. N'importe quel organisme peut procéder à de tels calculs. C'est bien évidemment le cas des caisses d'assurance-maladie, des mutuelles ou des compagnies d'assurance. Rien ne s'oppose à ce que les conseils généraux et les caisses de retraites aient recours aux mêmes techniques, mais statistiquement tout le travail reste à faire.

Juridiquement, la loi Bérégovoy du 19 janvier 1983, dans son article 17, et ses décrets d'application du 22 juin 1984, offre un cadre légal à ce type d'indemnisation pour le secteur sanitaire. Ces textes, repris par le nouveau Code de Sécurité sociale — dans ses articles R 162-42 et suivants — disposent, en effet, que des conventions peuvent être passées entre les organismes d'assurance-maladie et des personnes physiques ou morales de droit public ou privé, en vue de mener des expériences dans le domaine médicosocial. Les dépenses médicales afférentes à ces actions peuvent faire l'objet d'une couverture forfaitaire par les caisses.

Au niveau des collectivités locales, l'article 33 de la loi du 19 juillet 1983 et l'article 137 du nouveau Code de la Famille offrent les mêmes facilités en matière sociale. Le département a le droit ⁵ de confier à une commune, par convention, une partie des compétences qui lui ont été attribuées dans le domaine médico-social. Le conseil général, qui se doit d'assumer le financement des charges correspondantes, peut le faire de manière forfaitaire. La commune peut elle-même rétrocéder au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) les responsabilités qui lui ont été confiées ainsi que les moyens financiers pour y faire face.

En matière d'aide ménagère, le principe du remboursement en fonction du service rendu reste intangible, mais les contrats d'activité introduits en 1986 définissent explicitement un contingent prévisionnel d'heures attribuées ou un volume anticipé de dépenses. Ces contingents ou ces volumes pourraient d'autant plus facilement être modulés en fonction des caractéristiques des ressortissants pris en charge par les services gestionnaires, qu'une telle différenciation est déjà opérée au niveau national. Le conseil d'administration de la CNAV a, en effet, décidé, depuis octobre 1985, de prendre en compte le nombre de personnes âgées de 75 ans résidant dans les régions pour calculer le montant des dotations affectées aux aides individuelles qui sont attribuées aux caisses régionales d'assurance-maladie.

La forfaitisation des prises en charge s'inscrit directement dans la ligne des recommandations du Comité des Sages 7, même si ceux-ci n'osent la formuler que par une note de bas de page. « Le compte de prestations pour

chaque affilié », dont la tenue semble s'imposer dès qu'un objectif de rationalisation des dépenses est poursuivi, conduit inmanquablement au calcul des coûts actuariels par classes de risques.

En pratique, la méthode doit être affinée et des groupes homogènes doivent être constitués en terme d'âge, de sexe et de degré de dépendance. L'expérience du panel d'assurés de Medicare 8 américain 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 élevée que celle des autres 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 quatre 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 cinq fois plus élevé que celui des sujets valides.

Ces données sont confirmées par l'enquête de Haute-Normandie 9 : à trois ans, le niveau d'incapacité est le plus fort prédicteur, en dehors de

l'âge, de la mortalité (voir l'article p. 35 de ce cahier).

L'ensemble de ces données prouvent que la dépendance est un facteur indiscutable de majoration des coûts 10. 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.

Consolider les ressources

La dévolution aux équipes d'aide et de soins de forfaits modulés en fonction de critère d'âge, de sexe et de degré de dépendance versés a priori permet de lever les difficultés liées à l'hétérogénéité des financements et limite les transferts de charge. La contribution des divers organismes financeurs est définie par le montant actuel de leur dépense par tête et répartie entre eux au prorata du nombre de ressortissants relevant du dispositif. Leurs apports respectifs sont mis en commun au niveau d'une équipe d'aide et de soins et gérés dans le cadre d'un système de financement polyvalent et globalisé.

Un triple réseau de financement peut donc être organisé autour d'une « institution porteuse » 11.

Si les revenus de l'assuré social sont inférieurs au plafond d'intervention de l'Aide sociale, les caisses d'Assurance-maladie versent au réseau un forfait annuel de santé (FAS) par adhérent pris en charge ¹². Le service d'Aide sociale paye le complément d'avance, au titre de l'aide aux personnes âgées, ou de l'Aide médicale. La totalité du coût de la prise en charge sanitaire et sociale est supportée par les financeurs collectifs, nationaux ou territoriaux.

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, et les fonds d'action sanitaire et sociale prennent en charge le financement de l'aide ménagère par classes de risques dans la limite des ressources dont ils disposent. L'usager potentiel du dispositif paye la fraction des dépenses qui excède la totalité des recettes encaissées par l'organisation, toutes sources de financement confondues. Mais il la paye d'avance, sous forme d'un abonnement forfaitaire mensuel 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 budgétaires 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 ou sociaux sont l'objet d'une mutualisation.

Enfin, lorsque la personne âgée a souscrit un contrat « assurance assistance », l'organisation d'aide et de soins et l'assureur mettent en commun leurs capacités pour optimiser la prise en charge du risque.

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 dont les personnes âgées pourraient avoir besoin en cas de perte d'autonomie;

• diffuse le produit d'assurances correspondant et encaisse une partie des primes souscrites.

— L'assureur, quant à lui, joue un rôle traditionnel d'apériteur, c'està-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.

La globalisation à trois niveaux organise l'articulation des financements nationaux et départementaux, publics et privés; elle concilie comme le souhaite l'IGAS ¹³ l'« existence d'un double secteur sanitaire et social sur lequel il paraît difficile de revenir et la nécessité de raisonner en termes de dispositifs 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 dispositifs de prise en charge, 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 adhérents, les équipes de soins et d'aide sont incitées à améliorer la qualité du service rendu et à maîtriser les coûts.

• Responsabiliser les intervenants

La priorité donnée à une allocation efficace des ressources exige que l'on définisse des règles de fonctionnement qui incitent les acteurs à réaliser leurs engagements. Les risques financiers de l'hospitalisation, de l'hébergement en maisons de retraite, des soins ambulatoires et de l'aide à domicile devraient être partagés entre l'ensemble des prestataires, et des clauses financières incitatives introduites. Une réserve de compensation devrait être mise en place pour faire face à d'éventuels déficits.

Associer les divers promoteurs de l'opération aux résultats globaux de l'expérimentation

Le partage des résultats ¹⁴ entre l'organisation et ses financeurs permet de faire peser la sanction du marché sur l'expérimentation, tout en offrant le filet de sécurité indispensable pour garantir la continuité des soins.

A titre d'exemple, on peut concevoir le schéma suivant: lorsque le surplus, à la fin de l'année, n'excède pas 1 % du budget prévisionnel de l'organisation, celle-ci ne perçoit rien. La totalité du bénéfice est répartie entre l'assurance-maladie, les départements et les caisses de retraite au prorata de leur apport respectif. Si l'excédent est compris entre 1 et 3 % des sommes inscrites au budget primitif, l'organisation perçoit 25 % des économies qu'elle a contribué à dégager. Au-delà de 3 %, c'est 50 % des excédents budgétaires qui lui sont affectés.

Un tel dispositif incite les financeurs à participer à l'expérimentation, puisqu'il allège leurs charges par rapport au système de prise en charge traditionnel, du fait que les résultats bénéficiaires leur sont affectés en priorité. Une forte incitation à l'« économicité » du système est introduite, l'organisation doit dégager d'importants excédents budgétaires pour avoir le droit d'en tirer parti.

Un dispositif du même ordre pourrait être imaginé pour le partage des pertes.

UN NOUVEAU PARTENARIAT

• La place des Centres Communaux d'Action Sociale dans le système.

Pour aussi indispensable qu'apparaisse le développement de plans d'assurance-dépendance, l'expérience internationale montre qu'il est difficile à réaliser sur la base du volontariat. D'une part, les personnes âgées sont mal informées de l'acuité du problème auquel elles risquent d'être confrontées, d'autre part, elles se méfient des assureurs. La proposition d'assurance obligatoire initialement formulée par Théo Braun paraît avoir peu de chances d'aboutir, dans un contexte où on cherche à diminuer le poids des prélèvements obligatoires.

Une solution intermédiaire consisterait à utiliser le relais des CCAS, avec un triple objectif:

— Informer les personnes âgées et les inciter à se prémunir en souscrivant les contrats indispensables, alors qu'il en est encore temps; — Défendre leurs intérêts — et par-là même, les sécuriser — en passant avec les compagnies des contrats de groupe de retraités;

— Passer des accords privilégiés avec les prestataires de services ou de soins (contrats de modérations de prix ou de dépassements d'honoraires).

• La stratégie des prestataires de services dans chaque scénario

- Assurance de Personnes

La dissociation des rôles entre les organismes prestataires et les organismes assureurs est claire. Les services gestionnaires conservent leur indépendance, ils ont intérêt à travailler avec toutes les compagnies ou mutuelles pour multiplier le nombre des utilisateurs potentiels couverts par ce type de contrats.

Par contre, la garantie offerte ne couvre pas la totalité des frais d'hébergement ou d'aide à domicile, la demande est imparfaitement solvabilisée.

Assurance-Dommages

L'assureur est très réticent à la mise en place de tels contrats, car il n'a pas la maîtrise des paramètres qui vont déterminer les dépenses et le montant des primes. La seule possibilité paraît donc celle d'un accord privilégié avec une compagnie d'assurance avec laquelle — au minimum — un contrat de modération de coûts devrait être passé.

Travailler avec une seule compagnie risque de rétrécir le marché. Le relais des CCAS pour le placement des polices paraît d'autant plus souhaitable.

- Assurance-Assistance

C'est elle qui permet la meilleure prise en charge de l'assuré, et aussi la plus rationnelle sur le plan de l'utilisation des ressources. Elle ne développerait tous ses effets que si la Sécurité sociale versait un forfait annuel de santé.

A l'heure actuelle, un service gestionnaire qui évite à la Sécurité sociale des frais d'hospitalisation inutiles est incapable de toucher les dividendes de ses efforts, puisqu'il ne peut affecter les économies dégagées au financement du développement de nouvelles prestations (garde-malades, transport, etc.). Pour élargir la palette des services qu'il fournit, il ne peut compter que sur les contributions des personnes âgées elles-mêmes, ou sur des subventions. L'obtention d'un financement polyvalent dans le cadre d'une expérimentation de réseaux médico-sociaux coordonnés (RMSC) lui permettrait de tirer parti des réductions de coût obtenues et serait un pas en avant dans le sens de l'adéquation entre les besoins et les moyens mis en œuvre 15.

Quelle que soit la formule à laquelle on se réfère, il convient de réunir des données indispensables à sa mise en place, qui font actuellement cruellement défaut :

- prévalence et incidence de l'incapacité lourde, au niveau national, âge d'entrée en invalidité;
- taux d'institutionnalisation des personnes âgées de plus de 65 ans, âge d'entrée, degré de dépendance;
- durée de survie des personnes hébergées;

- coût probable des garanties offertes;

- durée moyenne de versement des cotisations.

Afin de pouvoir avancer en ce domaine, ce qui suppose un dialogue étroit avec un ou des assureurs, il est nécessaire que les équipes d'aide et de so ins définissent les stratégies qu'elles entendent adopter vis-à-vis du monde de l'assurance privée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bungener (M.), Joël (M.E.), Roussel (P.). - Le Bilan économique et financier du secteur médico-social. Université de Paris-IX : Legos, janvier 1985.

Commission nationale d'études sur les personnes âgées dépendantes. Rapport présenté par Théo Braun. Paris: Ministère des Affaires sociales, 1987.

Barroux (J.) et Dessal (R.). — L'assurance. Paris: Presses Universitaires de

France, 1983.

Henrard (J.C.). — Blocage des filières de soins. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Vol. 35, n° 3-4, 1987, p. 298.

Thévenet (A.). — L'Aide sociale aujourd'hui après la décentralisation. Paris: ESP, 1986, p. 96-97 (6° édition).

Circulaire CNAVTS, N° 57/86, 23 juillet 1986.

Et als généraux de la Sécurité sociale. Rapport du Comité des Sages, octobre 4. Henrard (J.C.).

1987, p. 69.

Gruenberg (L.), Stuart (N.). — Medical expenditures for the chronically impaired elderly: implications for National Long-Term Care Policy. Brandeis

University, nov. 1982 (Document multigraphie).
Colvez (A.), Robine (J.M.), Jouan-Flahault (C.). — Risques et facteurs de

risque d'incapacité aux âges élevés. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 35, n° 34, 1987, p. 257.

10. Froissard (M.), Ennuyer (B.). — Comparaison des coûts de l'hébergement médico-social et du maintien à domicile des personnes âgées. ENSP-CNAV, juillet 1987.

UNASSAD. — Vers une politique d'aide à domicile. Paris, 1986.

Giraud (P.), Launois (R.). — Les réseaux de soins, médecine de demain. Paris : Economica, 1985.

- Les établissements sanitaires et sociaux. Rapport annuel 1977-1978, 13. IGAS. -

13. IGAS. — Les établissements sanitaires et sociaux. Rapport ainitée p. 441.
14. Leutz (W.). — Recommended reimbursement and risk sharing scheme for SHMO demonstration. Brandeis University, sept. 82 (Document non publié).
Leutz (W.), Greenberg (J.) et al. — Changing Health Care for an Aging Society. Brandeis University: Health Policy Center, Lexington Books, 1985.
15. Launois (R.). — Les personnes âgées, faits caractéristiques et orientations possibles. Actes des VII^{es} journées de l'Association de l'économie sociale: comparaisons internationales en économie sociale. Aix-en-Provence, 24-25 sept. 1987 On lira avec intérêt les réactions du corps médical au dispositif proposé 1987. On lira avec intérêt les réactions du corps médical au dispositif proposé dans le Médecin de France, n° 511, jeudi 19 novembre 1987, « Le quatrième âge, un nouveau marché pour les assureurs et les financiers ».

QUELLE VIEILLESSE POUR LES HANDICAPÉS MENTAUX?

Armine SCHERLER *

L'arriération mentale constitue un handicap qui atteint, à des degrés divers, 3 % de la population européenne; elle est souvent associée à un

ou plusieurs handicaps physiques.

Les handicapés mentaux profonds, nécessitant une prise en charge complète et permanente, représentent 0,1 % de la population handicapée. Ceux capables de pourvoir à certains de leurs besoins mais avec une surveillance et un soutien permanent, sont environ 0,4 %. Et 2,5 % sont susceptibles d'être intégrés dans une école spéciale et, par la suite, dans un milieu socio-professionnel protégé. Ce dernier groupe n'est pas homogène. Un pourcentage non négligeable de cas est lié à des troubles de l'évolution affective au cours de l'enfance et à des facteurs socio-culturels. Des handicaps mentaux plus ou moins graves peuvent être secondaires à la maladie, à un accident, en particulier à des accidents de la circulation chez les motocyclistes.

Quelle que soit la cause du handicap mental de leur enfant, les parents pouvaient, dans un passé relativement proche, espérer lui survivre, l'espérance de vie des handicapés mentaux étant relativement basse par rapport

à celle de la population en général.

Actuellement, l'amélioration des soins et de l'alimentation, ainsi que les progrès de la pharmacologie — en particulier la découverte des antibiotiques — ont entraîné une forte augmentation de l'espérance de vie chez les handicapés mentaux. La majorité d'entre eux peut espérer atteindre et dépasser l'âge de 60 ans. Dès lors, la question de leur vieillesse se pose. Il n'est guère possible pour des parents très âgés, en admettant qu'ils soient encore en vie. d'assumer un handicapé mental qui constitue une charge affective, psychologique, pratique et sociale très lourde.

^{*} Information Gérontologique Internationale, CP 279, CH-1010 Lausanne.