



Du rapport Laroque au 5^e risque de protection sociale

JC Henrard

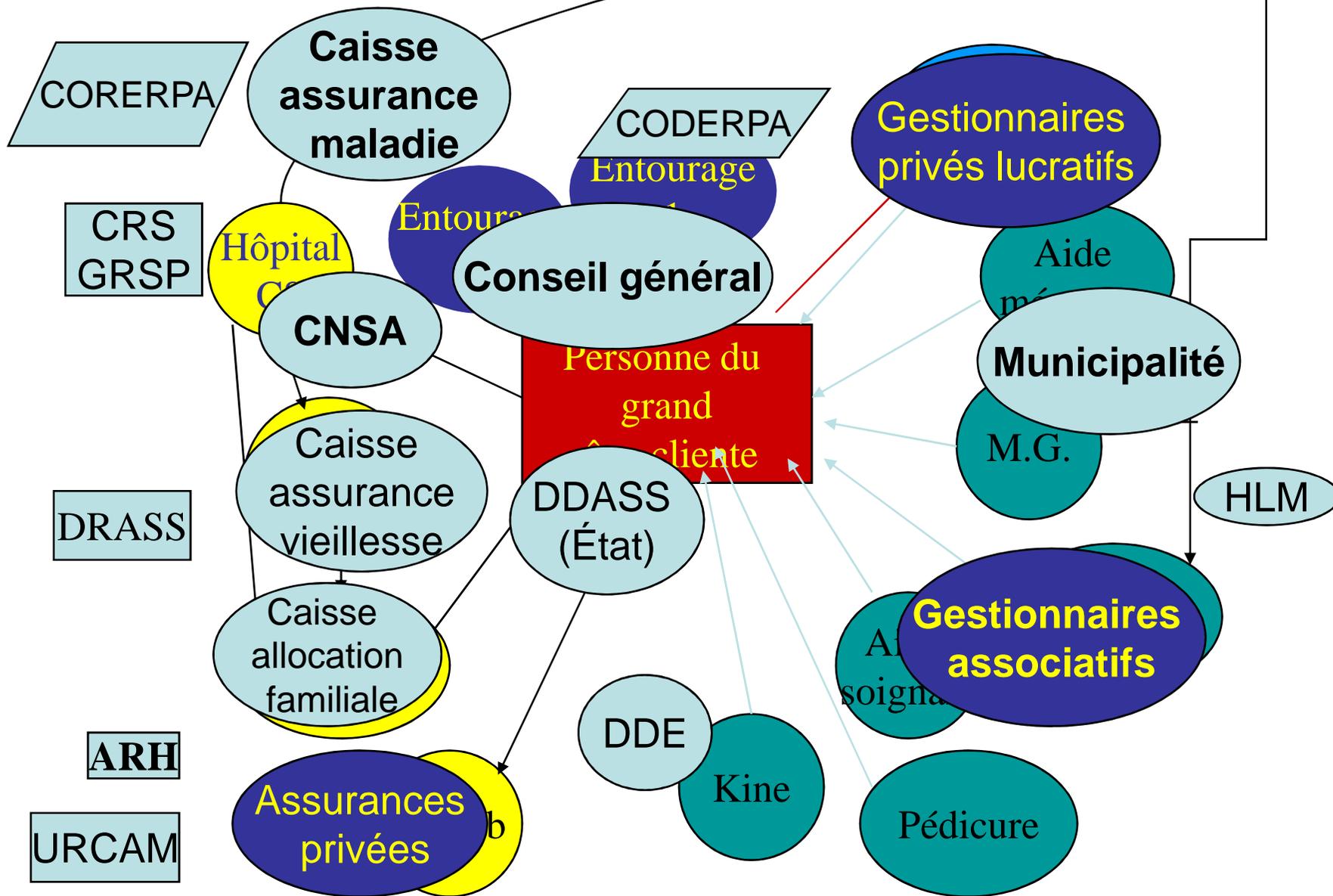
Professeur émérite de santé publique
Laboratoire Santé Vieillessement EA 2506

**Séminaire des économistes de la santé
« Vieillessement et dépendance : quel financement ? »
12 novembre 2008**

Constat (1)

- Près de 50 ans après Commission Laroque, politique de gestion du mode de vie des personnes âgées visant à leur maintien dans société s'est réduite à dispositif d'aides et soins aux personnes dites en perte/manque d'autonomie
- Ce dispositif lui-même
 - a introduit barrière d'âge stigmatisante et inéquitable au sein de population handicapée
 - est d'extrême complexité du fait de fragmentation en matière d'organisation, financement, fourniture des prestations

Fragmentation des dépenses de santé et soins



Constat (2)

- En ce qui concerne le financement,
 - dichotomie sanitaire/social source de différences de contributions financières par les personnes selon le lieu de vie, pour prestations répondant à besoins identiques.
 - question de la solvabilité des personnes pour payer hébergement en établissement
- Non maîtrise de l'inflation des dépenses de soins curatifs compromet équilibre financier de AM et crée des déséquilibres dans répartition des moyens entre secteurs de soins.
- Comment en est-on arrivé là ?

Les occasions manquées (1)

Examen de politique médico-sociale vieillesse montre série d'occasions manquées pour construire système répondant globalement aux besoins d'aides et soins des personnes handicapées

- Exclusion des hospices du champ du sanitaire (1970) a abouti à double dispositif d'hébergement collectif avec différences de tarification non justifiées compte tenu similitude de clientèles
- Non légalisation de aide ménagère a conduit à difficultés financières pour caisses de retraite qui ont réduits nombre d'heures allouées par bénéficiaire
- Non réforme de tarification des soins à domicile et en hébergement, (1983), de même que non développement des soins gradués à domicile ont interdit prise en charge des cas lourds par AM

Les occasions manquées (2)

- Politique de l'emploi et volonté de contenir les dépenses de protection sociale ont
 - pris le pas sur politique médico-sociale vieillesse
 - conduit à création d'emplois de proximité avec personnels à temps très partiels et le + souvent peu formés annulant efforts entrepris précédemment pour améliorer formation des aides à domicile
- Exonérations fiscales et de cotisations employeurs pour faciliter l'embauche de ces personnes ont contribué
 - à favoriser les classes moyennes aux dépens des classes populaires
 - à mettre en difficulté financière les services associatifs prestataires d'aide à domicile

Les occasions manquées (3)

- Refus par les conseils généraux de financer l'allocation compensatrice au-delà de 60 ans a conduit à la création d'allocations spécifiques PSD puis APA pour répondre à la seule dépendance des seules personnes âgées
 - Définition de population cible ambiguë assimilant la dépendance à la perte d'autonomie
 - Montants alloués très insuffisants pour financer réponses aux cas les plus lourds.
 - Dispositifs de prise en charge complexifiés aboutissant
 - à triple tarification en établissement, à 6 modalités tarifaires pour payer aide à la toilette
 - à des difficultés de coordination entre secteur d'aide et soins tant au niveau organisationnel qu'au niveau clinique individuel

Les occasions manquées de simplification de la gestion du secteur médico-social

- Les étapes de la décentralisation (1983-86, 2004) séparent
 - gestion régionale du secteur sanitaire et
 - gestion départementale du social et médico-social
 - Quid des ARS ?
- La création de la CNSA, de l'Agence nationale d'évaluation sociale/médico-sociale centralise gouvernance du secteur
- Ce double mouvement
 - complexifie les processus d'allocation des ressources et d'évaluation de la qualité
 - rend la notion de territorialisation ambiguë

L'obstacle du système de médiation sociale

- Commandant l'évolution des dispositifs préexistants il se limite, en France, à un face à face entre administration centrale (porteuse de projets rationnels technocratiques) et organisations professionnelles sectorielles (les représentants des géiatres du fait de l'absence d'image de référence de la vieillesse) censées répondre scientifiquement aux problèmes sociaux.
- Mais professionnels défendent leurs intérêts. Ce néo-corporatisme limite mise en œuvre de politiques globale
- Devant l'absence de solution transversale globale prise de mesures bureaucratiques de coordination formelle avec blocages au niveau acteurs de terrain,
- D'où résulte des solutions parcellaires (PSD/APA) donnant lieu à un processus de sédimentation de nouveaux dispositifs s'ajoutant aux préexistants

Des obstacles socioculturels

- Conception du vieillissement réduit à décrépitude du corps confié à médecine
- Importance de l'apparence liée à urbanisation, culte de la jeunesse renforce image négative de la vieillesse
- Médiation des gériatres dans cadre conception biomédicale de santé : médicalisation du grand âge, sans recours à solutions médico-sociales ou de prévention collective (par ex aménagement de l'environnement)

Conclusion pourquoi un 5^e risque

- Compléter la protection sociale pour financer les aides et soins compensant le handicap de longue durée à tout âge
- Pour rendre équitable leur attribution en levant les barrières d'âge et en adaptant les montants aux besoins de chacun en fonction de son projet de vie
- Pour y inclure toutes les sources de financement collectifs publics et privés complémentaires de tous les aides et soins nécessaires : problème de la définition du panier de services (notamment rééducation)

Pourquoi un 5^e risque

- Pour simplifier la gestion des dispositifs existants
 - d'allocation des ressources au niveau local
 - de reconnaissance des bénéficiaires et de leurs problèmes médico-psycho-sociaux relevant d'une intervention personnalisée
- Afin d'améliorer leur efficacité et la qualité des prestations offertes aux personnes
 - des dispositifs facilitant coordination entre intervenants professionnels et familiaux autour de la personne et liens avec établissements de soins peuvent y contribuer
 - nécessité d'évaluer impact sur qualité et efficacité