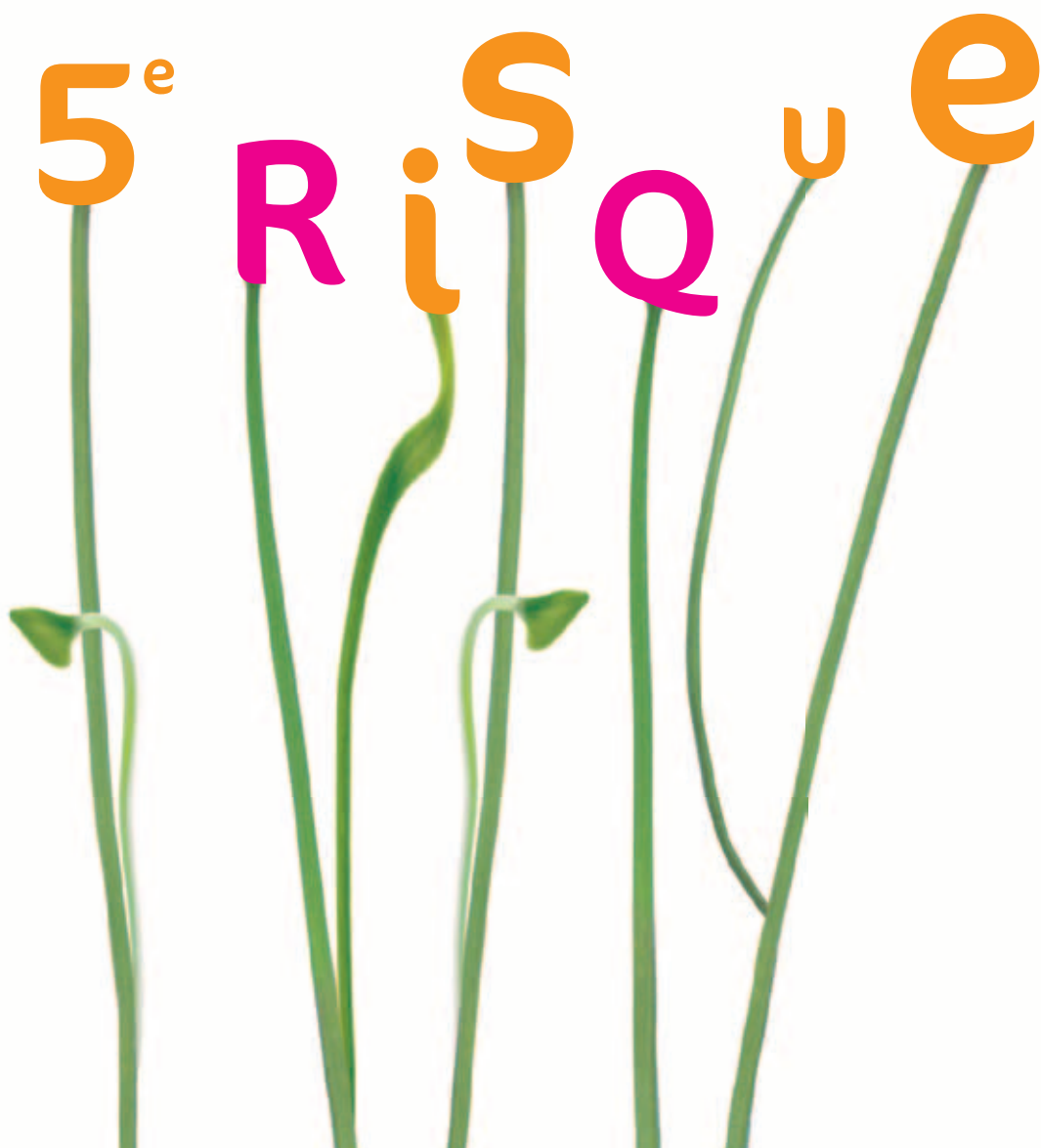


# QUESTIONS DE PRIORITÉ QUESTION DE DIGNITÉ

La journée du cinquième risque de protection sociale  
Dépendance et Perte d'Autonomie

Le mardi 7 décembre 2010 – Cinémathèque française



# QUESTIONS DE PRIORITÉ, QUESTION DE DIGNITÉ



## LA JOURNÉE DU CINQUIÈME RISQUE DE PROTECTION SOCIALE

Dépendance et Perte d'Autonomie

Le mardi 7 décembre 2010  
Cinémathèque française



## SOMMAIRE

<b>OUVERTURE</b>	<b>3</b>
<b>PRÉSENTATION DU BAROMÈTRE OCIRP – FRANCE INFO – LE MONDE</b>	<b>5</b>
<b>TABLE RONDE N° 1 ACCOMPAGNER LES PERSONNES</b>	<b>10</b>
<b>TABLE RONDE N° 2 ASSURER LE RISQUE</b>	<b>33</b>
<b>TABLE RONDE N° 3 DÉBAT AVEC LES RESPONSABLES POLITIQUES</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>60</b>

Le colloque est animé par Patrick LELONG, France Info, et Jérôme PORIER,  
*Le Monde*, journalistes.



## OUVERTURE

### LA JOURNÉE DU 5<sup>E</sup> RISQUE DE PROTECTION SOCIALE

#### M. Patrick LELONG

Cette journée du 7 décembre est consacrée à la dépendance avec France Info et *Le Monde Argent*, supplément du quotidien, qui sera distribué à la fin de cette réunion. Il traite de l'ensemble des enjeux de la dépendance, et met en lumière la richesse du débat auquel vous participerez d'ailleurs pendant cette matinée. Je demande maintenant à Francis BLOCH, Directeur général de l'OCIRP, organisateur de cette manifestation, de me rejoindre pour quelques mots d'introduction.

#### M. Francis BLOCH Directeur général de l'OCIRP

Mesdames, Messieurs, bonjour à tous et merci pour votre présence nombreuse dans ce magnifique lieu.

Après la maladie, la famille, les accidents du travail et la retraite, le cinquième risque de la dépendance – ou la cinquième branche – constitue un nouveau champ d'action pour la protection sociale. Son importance réside dans les défis à long terme qu'il représente, sur les plans tant financier que sociétal. D'ici à 2015, la France comptera 2 millions de personnes âgées de plus de 85 ans, contre 1,3 million aujourd'hui. À compter de 2030, la population des plus de 75 ans doublera en raison de l'arrivée au grand âge de la génération du baby-boom. Or, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) n'a répondu qu'à une partie des situations de dépendance : les bilans de cette mesure montrent que des sommes importantes restent à la charge des familles. Ce problème crucial avait déjà été soulevé en 2007 par Hélène GISSEROT, magistrat honoraire à la Cour des Comptes. Aujourd'hui, le coût moyen de la dépendance s'élève à 2 000 euros par mois, voire 3 000 euros pour une dépendance lourde. Or, les prestations APA s'élèvent en moyenne à 409 euros par mois, et les retraites à 1 100 euros : chaque mois, 500 à 1 500 euros restent à la charge de la personne. Souscrire une garantie complémentaire permet donc de soulager la famille d'une partie de cette charge.

Lors de sa dernière interview télévisée, le chef de l'État a annoncé sa volonté de réformer l'indemnisation de la

dépendance, un sujet de plus en plus sensible qui préoccupe l'ensemble de notre pays. Au cœur du débat, se situe la création d'une cinquième branche ou d'un cinquième risque de protection sociale ; ce sujet apparaît d'autant plus urgent que, selon le Président de la République, 20 % seulement des personnes âgées sont en mesure de financer leur séjour en maison de retraite.

Des concertations seront engagées dès le début de l'année prochaine afin de jeter les bases de la couverture de ce cinquième risque. L'ensemble des familles de l'assurance aura alors l'occasion de présenter les options qui permettraient de créer un véritable partenariat entre la solidarité nationale et l'assurance privée, pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie.

Je tiens à remercier nos partenaires média, France Info et *Le Monde*, nos intervenants, ainsi que les groupes de protection sociale et la Mutualité Française qui ont accepté l'invitation de l'OCIRP, qui vise à sensibiliser l'opinion et les décideurs depuis maintenant plus de deux ans à travers des journées d'information à Paris et en région. L'OCIRP, l'Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance, est un organisme à gestion paritaire, organisé sous forme d'union d'institutions de prévoyance, couvrant plus de 4 millions de salariés à travers des contrats collectifs. L'OCIRP est un acteur de l'assurance des salariés dans le champ de la protection sociale complémentaire de la famille, sur les risques lourds de la vie que représentent le décès, le handicap et la perte d'autonomie. L'OCIRP entend agir comme un véritable acteur social sur les situations de vie couvertes par ces garanties ; cette journée de réflexion en est la concrétisation sur la situation de la perte d'autonomie, véritable sujet de société dans la France d'aujourd'hui.

Notre rencontre mettra à nouveau en lumière les innovations concrètes des groupes de protection sociale sur la prévention et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Elle présentera également les initiatives des groupes de protection sociale et de la mutualité en matière de garanties, services, négociations d'entreprise et branches professionnelles pour assurer le risque dépendance.



## OUVERTURE

Dans le cadre d'un projet de loi annoncé pour l'été 2011, les règles du jeu risquent d'être modifiées. Un partenariat public-privé sera peut-être envisagé pour assurer, demain, le financement du risque dépendance. L'OCIRP et ses partenaires auront, nous l'espérons, leur plein rôle à jouer pour apporter des solutions complémentaires. Notre matinée sera, j'en suis sûr, très riche et très dense. Notre seule ambition est d'apporter notre pierre au débat en cours sur la dépendance.



## PRÉSENTATION DU BAROMÈTRE OCIRP – FRANCE INFO – LE MONDE

DES TENDANCES QUI S’AFFIRMENT, DES PARADOXES QUI ÉMERGENT

**M. Jean-Luc GAMBEY**  
Associé, Molitor Consult

**M. Jean-Manuel KUPIEC**  
Directeur général adjoint de l’OCIRP

### M. Patrick LELONG

Nous entrons dans le vif du sujet avec Jean-Luc GAMBEY et Jean-Manuel KUPIEC, avec la présentation de notre Baromètre. Depuis trois ans, nous prenons le pouls de l’opinion publique pour connaître la perception de la dépendance et de la perte d’autonomie par nos concitoyens.

### M. Jean-Luc GAMBEY

Bonjour à tous. Nous avons condensé des éléments du Baromètre réalisé à la demande de l’OCIRP concernant l’opinion de diverses cibles sur la thématique de la dépendance et de la perte d’autonomie. Nous vous présenterons donc ce matin des extraits et analyses transversales entre les populations qui ont été interrogées durant l’année 2010. Les cibles s’organisent suivant trois typologies :

- les particuliers en novembre 2010, ce qui vous garantit ce matin la primeur des informations ;
- les entreprises, au sein desquelles nous distinguons deux populations : les directions des ressources humaines et les délégués syndicaux en entreprise ;
- les partenaires sociaux, eux aussi divisés en deux populations : les branches professionnelles et les confédérations syndicales.

## LE CONTEXTE

Avant de vous présenter ces résultats, effectuons un rapide point de contexte.

Selon les projections de population de l’Insee publiées en octobre 2010, la France comptera en 2060 73,6 millions

d’habitants, une personne sur trois aura plus de 60 ans. Le ratio inactifs sur actifs sera de 118 %, alors qu’il était en 2007 entre 90 et 100, et la France comptera environ 200000 centenaires en 2060.

## LA MÉTHODOLOGIE

La méthodologie de notre Baromètre repose sur trois enquêtes réalisées en 2010.

La première a été menée auprès de 1 007 particuliers, âgés de 40 à 65 ans, hommes ou femmes, actifs ou inactifs, urbains, ruraux ou semi-ruraux, sur la thématique « Vous et la dépendance ».

La seconde enquête a concerné 150 entreprises, soit 150 directions des ressources humaines (DRH) et autant de délégués syndicaux.

Enfin, l’enquête auprès des partenaires sociaux a été effectuée entre juin et septembre : 36 interviews ont été réalisées auprès des branches professionnelles et des confédérations syndicales.

## LES RÉSULTATS

### 1. Les résultats de l’enquête menée auprès des particuliers

Notre première question concerne l’estimation par les particuliers des dépenses mensuelles d’une personne dépendante. 75 % des sondés ne savent pas combien une personne dépendante dépense en moyenne mensuellement.

### M. Jean-Manuel KUPIEC

Effectivement, 75 % ont répondu qu’ils ne connaissaient pas le montant représenté par les dépenses mensuelles d’une personne dépendante, quand 24 % estimaient le connaître. Pourtant, les Français considèrent, à 54,3 %, qu’ils sont bien informés : il s’agit là du premier paradoxe.



## PRÉSENTATION DU BAROMÈTRE

### M. Jean-Luc GAMBEY

Nous avons également sondé les particuliers sur l'aide aux personnes en situation de perte d'autonomie ou de dépendance. Deux questions ont été posées : « Est-il souhaitable que les personnes dépendantes soient aidées au quotidien par leur famille ? » et « Pensez-vous qu'il soit possible que les personnes dépendantes soient aidées au quotidien par leur famille ? ».

96,6 % des Français estiment que l'aide de la famille est souhaitable. Une légère chute du pourcentage de réponses positives est observée concernant la mise en œuvre de cette aide, puisque 71,3 % pensent que l'aide de la famille est possible.

### M. Jean-Manuel KUPIEC

En effet, le deuxième paradoxe de ce sondage réside dans cette opposition entre l'accord des Français avec le principe d'aide de la famille et le fait qu'ils considèrent que le temps manque pour s'en occuper. Il s'agit du problème des aidants et de la difficulté à concilier le souhaitable et le possible.

### M. Jean-Luc GAMBEY

Nous avons par ailleurs sondé les Français sur la nécessité de se prémunir contre le risque de dépendance et de perte d'autonomie. La question suivante leur était posée : « Selon vous, faut-il se prémunir financièrement contre ce risque ? ». Près de quatre Français sur cinq, soit 78,4 %, estiment qu'il est nécessaire de se prémunir. En revanche, une chute du pourcentage de réponses favorables est observée concernant le passage à l'action, car la question « Êtes-vous financièrement prémuni contre ce risque ? » ne remporte que 32,8 % de réponses positives.

### M. Jean-Manuel KUPIEC

Nous notons là le troisième paradoxe. Les Français ont pris conscience de ce risque futur mais, pour autant,

ils ne passent pas à l'action et ne cherchent donc pas à se prémunir financièrement.

### M. Jean-Luc GAMBEY

Dans la mesure où le Président de la République, lors de sa dernière interview, a révoqué le sujet de la dépendance, il nous a semblé intéressant de questionner les Français sur certaines des propositions du rapport de la députée Valérie ROSSO-DEBORD (rapport d'information de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes), remis en juin 2010, après avoir expliqué aux sondés la signification de ces propositions.

Nous avons ainsi demandé aux particuliers de classer par ordre de préférence six des dix-sept propositions du rapport Rosso-Debord :

- la formation des intervenants auprès des personnes âgées ;
- le bénéfice de l'APA réservé aux personnes les plus dépendantes ;
- le développement de la télémédecine ;
- le diagnostic obligatoire pour les plus de 60 ans ;
- le recours sur succession pour financer la dépendance ;
- une assurance dépendance obligatoire à partir de 50 ans.

La formation des intervenants auprès des personnes âgées arrive largement en tête des réponses des personnes sondées.

### M. Jean-Manuel KUPIEC

Parmi les six propositions que nous avons extraites du rapport Rosso-Debord, il convient de noter que le recours sur succession est loin de faire l'unanimité en France, et c'est une constante. Par ailleurs, l'assurance dépendance obligatoire ne bénéficie que d'un tiers d'opinions favorables, alors que deux tiers des sondés n'ont pas encore pris conscience de sa nécessité. C'est, d'une certaine manière, le pendant du résultat précédent.



## PRÉSENTATION DU BAROMÈTRE

### 2. Les résultats de l'enquête menée auprès des entreprises

#### M. Jean-Luc GAMBEY

Nous passons maintenant à l'univers de l'entreprise, et plus particulièrement à celui des délégués syndicaux en entreprise. À la question « Selon vous, les salariés de votre entreprise seraient-ils favorables à la mise en place d'un contrat collectif sur le risque dépendance ? », 51,3 %, soit une courte majorité, répondent positivement.

En revanche, lorsque la question est « Pensez-vous que votre entreprise peut proposer une réponse collective à la dépendance ? », ils ne sont que 25 % à répondre par la positive.

#### M. Jean-Manuel KUPIEC

Ici encore, des arbitrages en termes de protection sociale existent. Il se peut que d'autres sujets, comme la santé, qui est un problème majeur, apparaissent comme la priorité du moment, bien avant la perte d'autonomie. Il s'agit donc d'un nouveau paradoxe.

#### M. Jean-Luc GAMBEY

Nous avons posé des questions similaires aux DRH. Dans la mesure où nous réalisons ce Baromètre depuis 2007, nous avons étudié l'évolution au fil des années de l'opinion des DRH sur la mise en place d'un contrat collectif sur le risque dépendance. En 2010, les DRH ont répondu à 45,3 % positivement à la question « Les salariés seraient-ils favorables à la mise en place d'un contrat collectif sur le risque dépendance ? ».

#### M. Jean-Manuel KUPIEC

Nous nous trouvons devant un certain attentisme. Depuis 2007, nous constatons une diminution du nombre de réponses positives. Une chute importante est notamment observée entre 2009 et 2010, puisque les DRH avaient

répondu positivement à 60 % en 2009 à la même question, contre 45,3 % en 2010.

#### M. Jean-Luc GAMBEY

Les partenaires sociaux nous ont également fait partager leur avis. Nous leur avons demandé s'ils pensaient qu'il était du ressort de l'entreprise de proposer une assurance dépendance en plus, bien sûr, de la solidarité nationale et du rôle de l'État. Ils sont à 72 % favorables à cette assurance supplémentaire. Nous avons distingué les réponses des branches professionnelles de celles des confédérations : il s'avère que les branches professionnelles sont favorables à 80 % à ce type d'assurance, contre deux tiers des confédérations.

#### M. Jean-Manuel KUPIEC

Il existe une tendance forte à la prise en compte de la dépendance sous une forme « assurantielle ».

#### M. Jean-Luc GAMBEY

Nous avons également essayé d'opposer dans le questionnement les dimensions individuelle et collective. À 36 %, les sondés répondent qu'ils ne sont favorables ni à l'individuel, ni au collectif, et considèrent que la prise en charge du risque dépendance et perte d'autonomie relève uniquement du rôle de l'État. La solution collective, pour sa part, recueille 64 % d'avis favorables auprès des deux types de partenaires sociaux. À un niveau plus fin, les branches professionnelles sont favorables à la solution collective à 73 %, et les confédérations syndicales optent à 57 % pour le collectif.

#### M. Jean-Manuel KUPIEC

Ces résultats confortent ceux de la précédente question concernant la prévalence du collectif sur l'individuel, un axe émergent aussi dans le discours de demain.



## PRÉSENTATION DU BAROMÈTRE

### M. Jean-Luc GAMBEY

Nous avons par ailleurs voulu mettre en perspective les réponses des différents acteurs de l'entreprise à la question suivante : « Est-il du ressort de l'entreprise d'apporter un complément au financement de la dépendance en mettant en place une garantie complémentaire ? ». Le « oui » recueille 46,7 % chez les DRH, 74,7 % chez les délégués syndicaux, et 72 % auprès, des partenaires sociaux.

### M. Jean-Manuel KUPIEC

Une homogénéité apparaît ainsi entre partenaires sociaux et délégués syndicaux, qui estiment à 70 % que l'entreprise a un rôle à jouer dans le financement complémentaire de la dépendance, tandis que près de 50 % des DRH ont la même opinion.

### M. Jean-Luc GAMBEY

Nous avons par ailleurs interrogé les sondés sur la faisabilité, en leur posant la question suivante : « Votre entreprise peut-elle proposer une réponse ? ». 72,7 % des responsables des ressources humaines (RH) et 74,7 % des délégués syndicaux en entreprise ont répondu positivement.

### M. Jean-Manuel KUPIEC

Une certaine homogénéité émerge entre responsables des ressources humaines et délégués syndicaux, puisque 30 % de ces deux types de population pensent que la réponse collective peut être pertinente quant à la perte d'autonomie.

### M. Jean-Luc GAMBEY

Nous avons par ailleurs recueilli l'opinion des particuliers sur la dépendance collective à travers la question suivante : « Au-delà des aides éventuelles de l'État, pensez-vous qu'il est du ressort d'un employeur de

proposer à l'ensemble de ses collaborateurs un dispositif prévoyance-dépendance permettant une aide financière en cas de dépendance ? ». Quatre Français sur cinq répondent oui.

### M. Jean-Manuel KUPIEC

Le rôle que l'employeur doit jouer dans cette démarche apparaît nettement. Cette vision doit pouvoir s'exprimer et évoluer dans le temps.

### M. Jean-Luc GAMBEY

Nous avons également cherché à mettre en perspective les réponses des particuliers à la question précédente – 80,8 % estiment que l'employeur doit proposer un dispositif collectif de prise en charge de la dépendance – et les réponses des autres acteurs interrogés (délégués syndicaux, directions des ressources humaines et partenaires sociaux).

### M. Jean-Manuel KUPIEC

Nous distinguons ici encore une majorité très forte qui s'exprime en faveur du rôle de l'entreprise.

### M. Jean-Luc GAMBEY

Nous nous sommes ensuite intéressés à l'opposition éventuelle entre les dimensions individuelle et collective, en prenant en compte la vision des entreprises et celle des partenaires sociaux. Il s'avère que les RH sont favorables à 48 % à la solution collective, contre 75,3 % chez les délégués syndicaux, et 64 % chez les partenaires sociaux.

### M. Jean-Manuel KUPIEC

Ces résultats confirment une nouvelle fois la tendance à la prééminence du collectif sur l'individuel.



## PRÉSENTATION DU BAROMÈTRE

### M. Jean-Luc GAMBÉY

Nous avons également demandé aux populations interrogées d'indiquer leur préférence parmi les différentes solutions envisagées en complément de la solidarité nationale : contrat d'assurance collectif, contrat d'assurance individuel, solidarité familiale et solidarité communautaire. Les particuliers ont choisi à 49,6 % le contrat d'assurance individuel, et à 25 % la solidarité familiale.

### M. Jean-Manuel KUPIEC

La différence entre la vision d'un particulier et celle d'un salarié d'entreprise émerge ici clairement. Si ces deux visions peuvent s'opposer, la prise de conscience quant au risque de la dépendance est nette dans les deux populations, et chacune considère que l'assurance doit faire partie de la réponse apportée.

### M. Jean-Luc GAMBÉY

Nous avons également interrogé les autres populations sur les solutions complémentaires à la solidarité nationale.

### M. Jean-Manuel KUPIEC

La réponse collective est citée par toutes les populations, ce qui constitue une autre des homogénéités que nous avons constatées dans ce sondage.

## CONCLUSION

À partir des résultats de ce quatrième Baromètre, nous avons essayé de dégager les tendances qui s'affirment et les paradoxes qui émergent.

Nous nous trouvons dans une situation double : les Français sont conscients mais ne passent pas totalement à l'acte. En termes de couverture assurantielle, nous sommes le deuxième marché derrière les États-Unis.

Toutefois, le marché français ne représente que 450 millions d'euros de cotisations d'assurance ; sa taille reste donc limitée. Les partenaires sociaux et les RH ont pris conscience que la dépendance est un véritable sujet de société, et non seulement une question de financement. Tous les rapports publiés depuis le rapport Gisserot – celui du Sénat, le rapport Rosso-Debord, etc. – évoquent la question de la finance, mais traitent du sujet de manière bien plus vaste.

Ce sondage a pour mérite de nous permettre de prendre conscience de l'opinion des Français sur la question de la dépendance. L'évocation de ce thème fait peur : on a tendance à considérer que la dépendance concerne plutôt les autres, et non soi-même. La dimension psychologique doit être prise en compte. Je vous remercie.



## TABLE RONDE N° 1

### ACCOMPAGNER LES PERSONNES PREMIÈRE SÉQUENCE

#### Participent à cette table ronde :

- **Sandrine CAUVIN**, responsable « Pôle métiers », groupe Réunica ;
- **Professeuse Françoise FORETTE**, directrice de la Fondation nationale de gérontologie ;
- **Anne SAINT-LAURENT**, directrice de l'action sociale, Agirc-Arrco ;
- **Tamou SOUARY**, responsable des unités Emploi, Dépendance et Veuvage, groupe Vauban Humanis.

#### M<sup>me</sup> Sandrine CAUVIN

Bonjour, je suis responsable du Pôle métiers à la direction des activités sociales du groupe Réunica. Je travaille particulièrement sur les questions de prévention et de soutien à domicile, et évoquerai une expérience que nous avons menée concernant la prévention à domicile pour nos allocataires.

#### M<sup>me</sup> Tamou SOUARY

Bonjour, je travaille à la direction Action sociale du groupe Vauban Humanis, et suis chargée de mission en ingénierie sociale. Je vous parlerai, comme Sandrine CAUVIN, de deux expériences mises en œuvre au sein de la direction Action sociale. Elles concernent les actions de prévention en entreprise pour les salariés à partir de 50 ans.

#### M. Patrick LELONG

Nous allons maintenant entamer notre première table ronde avec nos invités. Libre à vous de revenir sur des éléments de ce sondage, puisqu'il a le mérite de poser le débat dans l'état où il se trouve dans l'opinion publique, avec toutes les contradictions soulignées par Jean-Manuel et Jean-Luc.

Je propose que nous procédions de manière très scolaire, et que vous vous présentiez chacun à tour de rôle.

#### M<sup>me</sup> Françoise FORETTE

Je suis professeur de médecine, directrice de la Fondation nationale de gérontologie et de l'*International Longevity Center France*, un organisme international dont le but consiste à porter à la connaissance des décideurs, tant industriels et assurantiels que politiques, des données sur la révolution de la longévité.

#### M<sup>me</sup> Anne SAINT-LAURENT

Je suis directrice de l'action sociale des régimes de retraite complémentaire Agirc et Arrco. J'illustrerai tout à l'heure mon propos à travers une question que le Baromètre n'a pas abordée : comment faire en sorte que la dépendance ne survienne pas ? Il s'agit, je pense, d'un enjeu majeur.

## LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT

### 1. Dissocier vieillissement et dépendance

#### M. Patrick LELONG

Merci. Nous allons commencer avec vous, Françoise FORETTE, sur la question du vieillissement. Compte tenu des résultats du Baromètre et du fait que la France comptera bientôt 200 000 centenaires, peut-on parler d'un « péril gris » ? Savoir que notre population est vieillissante constitue une grande peur pour certains. Pour résumer, ce vieillissement est-il une chance ou un véritable handicap ?

#### M<sup>me</sup> Françoise FORETTE

J'estime qu'il s'agit d'un immense privilège, celui des nations occidentalisées, ne l'oublions pas. C'est une chance pour chacun d'entre nous de vivre très longtemps. Il y aura 200 000 centenaires en 2060. Ce chiffre n'est



## TABLE RONDE N° 1

d'ailleurs pas certain, puisqu'il ne s'agit que d'une projection.

Il me semble intéressant de prendre en compte, lorsque l'on considère l'avenir lointain, que 50 % de la population aura plus de 50 ans en 2050. Le paysage démographique va donc complètement changer, et il convient d'abolir totalement ce critère d'âge, qui devient totalement obsolète. En effet, cette population de plus de 50 ans sera en grande majorité en parfaite santé, et continuera à contribuer au cycle économique du pays et à la vie quotidienne des familles, qui compteront très prochainement cinq générations. Il ne faut donc absolument pas avoir peur de ce vieillissement. Les études économiques ont par ailleurs montré que le fait de présenter une espérance de vie élevée est un facteur de croissance économique pour un pays, et non l'inverse. Cela a été démontré dans les pays en voie de développement comme dans les pays développés.

Vous m'avez demandé de traiter des enjeux du vieillissement : ils ne se résument évidemment pas à la dépendance, ni même à sa prévention, qui constitue mon sujet favori. Quand on considère la population à l'heure actuelle, seuls 7 % des individus de la population de plus de 60 ans sont dépendants. 93 % de la population de plus de 60 ans est donc autonome, un chiffre très important.

Naturellement, la dépendance augmente avec l'âge, mais ne concerne que 2 % des 60-69 ans, moins de 5 % jusqu'à 80 ans, et moins de 20 % jusqu'à 90 ans. C'est seulement après 90 ans que la situation devient plus difficile ; et encore, si l'on considère les hommes – tout au moins ceux qui restent, après 90 ans – seuls 30 % de ces « chefs-d'œuvre fragiles » sont dépendants, ce qui signifie que 70 % ne le sont pas.

Néanmoins, les 7 % de personnes de plus de 60 ans dépendantes représentent plus d'un million de personnes, probablement 1,2 million. Il importe donc de se préoccuper de la dépendance et de son financement. Toutefois, ce faible chiffre de 7 % peut être réduit grâce à la prévention. Anne SAINT-LAURENT interviendra d'ailleurs sur ce thème.

## 2. Les trois piliers de la prévention de la dépendance

La prévention de la dépendance comporte trois piliers :

- tout d'abord, les maladies liées à l'âge, qui ne peuvent toutefois toutes être prévenues ;
- deuxièmement, la fragilité, notion que j'expliquerai ;
- enfin, l'inactivité, qui constitue la troisième cible de la prévention.

### Les maladies liées à l'âge

Je n'énumérerai pas l'ensemble des maladies liées à l'âge, mais nous pouvons tout de même citer les maladies cardiaques, cardiovasculaires, accidents vasculaires cérébraux (AVC), ostéoporose, fractures, etc. Toutes ces maladies dépendent de facteurs de risque modifiables. On peut donc les réduire : le traitement de l'hypertension artérielle permet de réduire de 40 % les accidents vasculaires cérébraux.

Malheureusement, l'égalité au regard de cette prévention n'existe pas. Je suis ulcérée de voir que la différence entre les couches sociales augmente au lieu de diminuer, en dépit des progrès de la médecine. À 35 ans, un cadre ou une personne exerçant une profession libérale dispose d'une espérance moyenne de vie de sept ans supérieure à celle d'un ouvrier qualifié. Je considère cet état de fait comme un authentique scandale, mais un scandale que nous ne parvenons pas à corriger. Cela tient au fait que la prévention et son efficacité sont liées essentiellement au niveau d'éducation, ce qui conduit les campagnes de prévention à une efficacité divergente en fonction des différentes couches de la population.

Vous me rétorquerez qu'il suffit de se rendre sur le site de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé (Inpes), qui est remarquablement bien conçu. J'aimerais que les personnes qui vont sur le site de l'Inpes le soir, en rentrant du travail, lèvent la main...

Peut-être sont-elles timides, mais j'ai l'impression que personne ne se rend sur ce site. Une main se lève-t-elle quand même ? Cela montre bien que ce n'est pas le soir en rentrant du travail que l'on peut y aller ; je pense que



## TABLE RONDE N° 1

la prévention doit être mise en œuvre dans l'entreprise, qu'elle doit être financée par l'entreprise et qu'elle doit être réalisée pendant le temps de travail. Ce sera le seul moyen de réduire les inégalités entre les différentes couches sociales, ce qui est absolument capital.

### M. Patrick LELONG

La prévention doit-elle être mise en place en entreprise en collaboration avec les médecins du travail ?

### M<sup>me</sup> Françoise FORETTE

La prévention doit être réalisée en collaboration, évidemment, avec les médecins du travail, mais des programmes spécifiques doivent être développés, puisque le médecin du travail s'occupe surtout du risque lié à l'entreprise. Dans la problématique qui nous occupe, il s'agit d'aller au-delà et de traiter de la prévention de manière générale. Celle-ci passe d'ailleurs beaucoup par le mode de vie : la nutrition, l'activité physique, etc.

Le premier élément de la réduction de la dépendance du grand âge consiste donc à promouvoir la santé tout au long de la vie, et bien évidemment après 50 ou 60 ans.

### La fragilité

La fragilité constitue le deuxième élément. Ce concept nouveau provient des États-Unis, où l'on emploie le terme de *frail elderly*. Une personne âgée fragile est une personne totalement autonome, mais dont les réserves physiologiques lui font courir un risque important de tomber dans la dépendance en cas de stress (deuil, grippe, autre maladie, etc.). Une personne âgée dénutrie, qui se dit fatiguée et réduit son activité physique, dont la vitesse de marche ou la force musculaire diminue, peut être facilement identifiée comme une personne fragile. Il est tout à fait possible de réduire cette fragilité par la nutrition, la rééducation, notamment des troubles de l'équilibre, etc.

### L'inactivité

L'inactivité constitue le troisième élément. Il s'agit de mon champ d'étude favori. J'aurais voulu vous montrer une courbe fabuleuse, sur laquelle je m'appuie à chaque intervention et qui représente l'augmentation de l'espérance de vie moyenne des années 60 à aujourd'hui, soit un gain de 10 années. Cette courbe est superposée à celle de l'évolution de l'activité professionnelle en France. Nous avons perdu 10 ans dans ce domaine, passant de 68 ans dans les années 60 à 58 ans à l'heure actuelle. Cette divergence de courbes constitue un phénomène français et ne se retrouve dans aucun autre pays.

Or, il est établi que l'inactivité a un effet péjoratif vis-à-vis de la santé. Un certain nombre d'études aujourd'hui disponibles montrent que prolonger son activité, en particulier professionnelle, permet de reculer la date d'apparition des symptômes de la maladie d'Alzheimer. L'étude européenne SHARE menée sur 60000 personnes suivies de façon longitudinale, et l'étude *Health and Retirement Study* (HRS) aux États-Unis montrent les mêmes résultats : l'inactivité exerce des effets péjoratifs sur les fonctions cognitives. La promotion de l'activité fait donc partie intégrante de la prévention. La France est en très mauvaise position dans ce domaine. Dans un des organismes que je dirige, nous avons été en mesure d'établir un classement des pays européens en fonction de l'espérance de vie en santé et en activité. La France occupe la dernière place dans ce classement.

Pour résumer, la prévention est possible et efficace. La comparaison montre que la diminution observée de la dépendance a été bien plus forte que la diminution de la dépendance âge par âge prédite antérieurement. La prévention fonctionne donc, mais il est nécessaire de se retrousser les manches, d'augmenter la prévention dans toutes les couches de la population et, après 50 ans, cibler la fragilité des personnes âgées. Cela implique de promouvoir les structures telles que les gérontopôles, semblables à celui de Toulouse. Un des candidats aux IHU – les « super-CHU » qui seront financés par le grand emprunt – a pour thème le vieillissement. Il faut changer l'état d'esprit de la population, abolir la barrière d'âge, et, au contraire, s'intéresser toujours plus au vieillissement comme cycle de vie et comme période



## TABLE RONDE N° 1

privilegiée, puisque ce temps revêt de l'importance pour chacun d'entre nous, mais aussi pour la croissance économique et pour l'emploi.

Je réaffirme donc que le vieillissement est une chance et ne se résume pas à la dépendance ni à la question de son mode de financement. À cet égard, quel que soit le système choisi, ce dont vous allez discuter par la suite, le rapport entre la population dépendante et la population active est extraordinairement favorable. Il y a environ 1 million de dépendants pour 24 millions d'actifs à l'heure actuelle en France – 28 millions en tout, en comptant les chômeurs notamment –, soit, en arrondissant, un rapport de 4 %. Le rapport n'est en revanche pas aussi favorable dans le domaine des retraites : le nombre d'inactifs par rapport au nombre d'actifs est, dans ce domaine, particulièrement inquiétant.

À l'inverse, quel que soit le système choisi et à condition qu'il soit obligatoire, c'est-à-dire dès le premier salaire – cotisations obligatoires si on opte pour une cinquième branche de la Sécurité sociale, assurances obligatoires privées ou publiques, peu importe – le rapport entre actifs et dépendants est très favorable pour financer la dépendance.

Merci de votre attention.

### M. Patrick LELONG

Merci Madame. Merci de ne pas avoir contribué au discours souvent entendu, mais faux, selon lequel la population vieillissante coûte cher, que le risque dépendance est hors de prix. Non seulement ce n'est pas le cas, mais ce phénomène constitue aussi une source de croissance.

Le thème de la prévention, sur lequel vous insistiez, constitue le cœur de l'intervention à venir d'Anne SAINT-LAURENT, de l'Agirc-Arrco. Quelle est l'action de l'Agirc-Arrco dans ce domaine ?

## LA PRÉVENTION DES CAISSES DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE

### 1. L'accompagnement du vieillissement reste faible en France

#### M<sup>me</sup> Anne SAINT-LAURENT

L'Agirc et l'Arrco ont décidé d'apporter une réponse sociale afin de proposer des réponses nouvelles et concrètes. Cette action sociale se définit en fonction de champs d'intervention et d'orientations qui sont définis tous les cinq ans par les partenaires sociaux. Pour les quatre prochaines années, les orientations vont de la prévention à l'accompagnement à domicile et en établissement.

Dans le domaine de la prévention, les régimes de retraite complémentaire cherchent à montrer que l'on peut influencer sur la survenue de la dépendance. Dans le débat tel qu'on l'aborde aujourd'hui, et même au-delà de cette enceinte, on considère souvent la dépendance comme inéluctable.

Depuis trente ans, les groupes de protection sociale ont lancé une initiative, portée notamment au travers des centres de prévention. Leur originalité tient tout d'abord au fait qu'ils n'ont pas de dimension thérapeutique en soi. En France, l'organisation de la prévention est tout à fait remarquable. Nous sommes capables d'organiser le dépistage de certains cancers en masse, et d'obtenir ainsi une baisse de la mortalité. Nous sommes capables de prendre en compte les déficits visuels ou auditifs dès la petite enfance, ce qui permet à l'ensemble des enfants de suivre une scolarité. Nous arrivons donc à mettre en œuvre des réalisations tout à fait concrètes.

Toutefois, en matière de prévention au sens de l'accompagnement du vieillissement, je crains que peu de personnes dans la salle, qui accueille pourtant un public averti, aient pu observer dans leur quotidien, et non dans leur environnement professionnel, des actions de prévention tournées vers l'accompagnement du grand âge.



## TABLE RONDE N° 1

En outre, la prévention en France, à l'inverse d'autres pays, est malheureusement appréhendée sous l'angle de l'effet secondaire du vieillissement, c'est-à-dire qu'il s'agit alors d'accompagner la perte d'autonomie à domicile ou en établissement. Cette approche est bien sûr nécessaire, l'Agirc-Arrco y participe et de nombreuses mesures intéressantes doivent être mises en œuvre. Toutefois, il faudrait surtout s'intéresser à la manière de faire diminuer, génération après génération, la prévalence de la dépendance : voilà l'enjeu de société. Peut-on se satisfaire du faible pourcentage de dépendants, dans une population qui ne fait que croître ? Si l'on se contente de considérer que la proportion de personnes dépendantes après 85 ans restera constante et que l'on se projette en 2050, il faudra multiplier par quatre les ressources consacrées à la dépendance. Je pense que l'on ne peut se satisfaire de cette situation.

### 2. Les centres de prévention de l'Agirc-Arrco

Les partenaires ont donc fait le choix de chercher des moyens d'action. L'action sociale n'a pas les moyens de pallier toutes les difficultés et de se déployer à grande échelle, mais le sens de l'action sociale des régimes de retraite Agirc et Arrco consiste à montrer que la prévention est possible. Ainsi, au travers des centres de prévention – le dixième a ouvert la semaine dernière – un certain nombre d'actions ont été menées depuis trente ans. Si leur nombre est modeste, 10 000 personnes nouvelles passent par ces centres chaque année.

Comment se déroule leur passage – j'insiste sur ce terme de « passage » – dans ces structures ? Elles peuvent rencontrer un gériatre, qui ne fera pas un bilan biologique ou technique, mais qui prendra la personne en consultation pendant une heure, pour l'entendre, faire une photographie peut-être rétrospective du parcours de vie individuel. En partenariat avec un psychologue qui sera également à l'écoute de la personne pendant une heure, le gériatre pourra ensuite procéder à un bilan médico-psycho-social de la situation de la personne. Il faut évidemment prendre en compte la situation de son environnement social, de son activité et de son habitat, tous facteurs qui vont avoir une influence.

Une fois ce bilan établi, nous pourrions laisser repartir la personne avec une feuille de recommandations, par exemple la diminution du cholestérol. Mais si je dois diminuer mon risque ostéoporotique et que je n'aime pas le lait, je n'aimerai pas plus le lait en sortant du centre de prévention qu'en y entrant. L'intérêt du centre de prévention réside justement dans la possibilité d'accompagner la personne pour trouver des réponses personnalisées. Françoise FORETTE a tout à l'heure évoqué la nécessité de l'information : cela est tout à fait vrai, mais l'information n'est pas suffisante.

Des études datant d'il y a déjà quelques décennies aux États-Unis, en Europe aussi, ont montré que donner une information à caractère préventif conduit à une modification des comportements de l'ordre de 10 %. C'est déjà un très bon résultat, mais accompagner pour faire évoluer les comportements au travers d'une démonstration concrète individu par individu mène à une modification des comportements de l'ordre de 40 %. Dans nos centres de prévention, nous atteignons 45 % de modifications de comportements. La raison tient à l'existence d'ateliers à la suite de ce bilan. Cela paraît tout à fait simple et ne représente pas un coût insupportable au niveau macroéconomique.

À la sortie de ces ateliers qui se tiennent une fois par semaine ou tous les quinze jours pendant trois à six mois, la personne est accompagnée vers les structures les plus adaptées à proximité de chez elle. Par exemple, si j'oublie régulièrement mes clés – et qui, dans la salle, n'oublie pas ses clés ? – cela ne signifie pas forcément que je cours un risque de pathologie de type Alzheimer ou autres. Par contre, il peut être intéressant de stimuler sa mémoire, et cela s'apprend.

Naturellement, il est plus aisé d'avoir une démarche de prévention quand on peut se projeter à dix ans plutôt que lorsque les fins de mois sont difficiles, comme l'évoquait Françoise FORETTE précédemment. Néanmoins, il est tout à fait possible d'agir et de modifier les comportements à grande échelle. L'action des centres de prévention en est une illustration concrète, pour un coût modique : il représente une journée et demie d'hospitalisation médecine par génération et par individu. C'est une somme mineure. Au niveau



## TABLE RONDE N° 1

macroéconomique, si l'on parvient à réduire de deux à trois points la prévalence, tous les acteurs seront gagnants : l'État, les partenaires sociaux, évidemment les individus eux-mêmes, ainsi que les acteurs de prise en charge de l'assurance, quels qu'ils soient.

Il s'agit d'un enjeu de société considérable, qui n'est peut-être pas encore assez porté dans le débat, où l'on considère souvent la dépendance comme un rouleau compresseur contre lequel il est impossible de lutter. J'affirme qu'il est possible de lutter, non pas pour revenir à zéro, comme nous nous le disions en aparté avec Françoise FORETTE, mais pour réduire de manière significative la prévalence de la dépendance. Cela a été fait au Canada, dans certains pays du nord de l'Europe : il n'y a pas de raison que nous ne puissions pas engager des actions de cette nature.

Vous me demandiez en quoi les régimes de retraite complémentaire apportent, à travers l'action des groupes de protection sociale, une réponse au sujet de la prévention de la dépendance ; ils démontrent qu'il est possible d'agir et remplissent le rôle de l'action sociale, qui consiste à montrer qu'il existe des réponses et qu'elles peuvent être déployées par d'autres.

### M. Patrick LELONG

Vous m'avez convaincu. Il me semble qu'il est intéressant de noter le temps passé et la mise en pratique. En effet, ce n'est pas l'information qui manque ; elle ne sert souvent pas à grand-chose car elle est délivrée de façon sauvage ou est inadaptée pour les individus qui n'ont peut-être pas le temps d'aller la chercher, ou n'ont pas envie de l'entendre. Ce n'est effectivement pas un sujet très réjouissant. Il est néanmoins essentiel de dire aux Français que telle est la situation, et de répondre à leurs questions et non à des questions très générales.

### M<sup>me</sup> Anne SAINT-LAURENT

Je souhaiterais compléter sur l'exemple de l'activité physique. Le slogan « manger bouger » est progressivement intégré par le public véritablement comme un vecteur de bonne santé, et cela compte.

Je ne suis pas sûre qu'une association sportive de proximité soit très attractive dans le cas d'une personne de 70 ans qui a cessé toute activité sportive depuis 40 ou 50 ans.

### M. Patrick LELONG

Surtout si c'est pour faire du rugby !

### M<sup>me</sup> Anne SAINT-LAURENT

Oui, en l'occurrence, mais ce serait le cas même pour des activités plus modestes. Par contre, la création d'un lien social et le retour à l'activité physique peuvent intervenir si la personne prend conscience qu'il est possible de retrouver un équilibre alimentaire par ce biais, et reçoit l'information qu'une association de marcheurs existe près de chez elle. Le coût de ce type d'action est tout à fait marginal par rapport aux retombées obtenues et aux coûts qui devraient être supportés si rien n'est fait.

### M. Patrick LELONG

Ces démarches sont bénéfiques pour les individus et pour la société.

Nous allons continuer à parler d'accompagnement, mais cette fois avec des illustrations et en particulier avec vous, Sandrine CAUVIN. Au-delà de la simple bonne volonté, qu'est-il possible d'apporter au domicile de la personne en perte d'autonomie qui lui soit véritablement utile ?



## TABLE RONDE N° 1

### PLAN À DOMICILE, DIAGNOSTIC HABITAT ET CONSEIL EN ERGOTHÉRAPIE

M<sup>me</sup> Sandrine CAUVIN

#### 1. Les diagnostics habitat

Je vais vous parler du programme que nous avons mis en place depuis 2007 au sein du groupe Réunica, qui s'intitule « Soutien à domicile et ergothérapie ». Nous avons travaillé avec des ergothérapeutes pour proposer à nos allocataires des diagnostics habitat, à partir du constat que les personnes âgées souhaitent rester chez elles dans de bonnes conditions et le plus longtemps possible.

Nous avons donc proposé la visite d'un ergothérapeute à 14 000 allocataires dans quatre départements, urbains comme ruraux. Le taux de retour a été de 1,5 %, ce qui signifie que 200 personnes sur les 14 000 auxquelles nous avons proposé ces prestations ont répondu à cet appel et ont bénéficié de la visite d'un ergothérapeute. Ceci va dans le sens de ce qui ressortait de l'étude, à savoir que les Français répondent peu et ne veulent pas parler de ce type de difficultés.

Auprès de ces 200 personnes qui ont bénéficié du diagnostic habitat, nous avons effectué un suivi de six mois consistant en une visite à domicile, la rédaction d'un cahier de préconisations et une reprise de contact deux mois puis six mois après l'intervention de l'ergothérapeute. Nous nous sommes rendu compte que très peu de ces personnes avaient mis en place ces préconisations, alors même qu'elles étaient très modestes : il s'agissait d'installer des barres d'appui et de changer ses habitudes de vie, par exemple en réorganisant ses rangements à domicile pour éviter des chutes en prenant des ustensiles dans les placards de cuisine. L'objectif consistait véritablement à éviter les chutes et à améliorer la qualité de vie et le confort à domicile.

Malgré le faible nombre de personnes mettant en œuvre les préconisations, plus de 30 % des participants

nous ont indiqué, six mois après, que la visite de l'ergothérapeute leur avait permis d'améliorer notablement leur qualité de vie. La sensibilisation et la prévention apparaissent donc comme des éléments essentiels, même si les personnes ne mettent pas en place les préconisations.

Les personnes les ayant mises en œuvre sont des personnes qui, à un moment de leur vie ou dans leur entourage, ont connu une expérience traumatisante, comme une chute ou une hospitalisation. Nous en avons conclu que les préconisations lourdes étaient mises en place après un incident, conclusion dont nous tenons désormais compte au quotidien.

Forts de cette expérience si riche en enseignements, nous avons souhaité aller plus loin et mettre en place des actions de sensibilisation pour les retraités jeunes – à partir de 60 ans – et plus âgés. C'est ainsi que nous avons créé, toujours avec le concours des ergothérapeutes, des ateliers de sensibilisation au cours desquels ces derniers proposent aux retraités de réfléchir sur l'habitat et sur les risques qu'ils peuvent encourir chez eux, mais aussi sur les notions de confort et d'inconfort à domicile. Dans ce contexte, nous avons organisé des ateliers sur l'ensemble du territoire.

#### 2. La création d'un espace dédié à la prévention à domicile

Nous avons décidé d'approfondir encore cette démarche de prévention en créant à Paris un espace nommé « Réunica domicile ». Il est entièrement dédié à la prévention à domicile. Dans cet espace actuellement en cours de finalisation, nous avons mis en place un appartement-témoin dans lequel nous présentons des solutions parfois de haute technologie, mais aussi des solutions très simples qui permettent au visiteur de prendre conscience de la facilité d'adapter un logement et d'éviter les dangers et l'inconfort que l'on peut y ressentir. Outre l'appartement-témoin, Réunica domicile contient un espace de conférence, dans lequel nous mènerons les activités d'ateliers sur le domicile, des ateliers de prévention santé et de prévention nutrition, dont Anne SAINT-LAURENT parlait tout à l'heure.



## TABLE RONDE N° 1

Autour de ces activités, nous proposerons aux allocataires de visiter cet espace pour contribuer à la sensibilisation et à la prise de conscience. Cet espace sera dédié à toutes les personnes âgées, sachant qu'avec des familles qui vont bientôt comporter cinq générations, les retraités de soixante ans seront aussi des aidants familiaux et pourront également contribuer à aider à domicile leurs aînés.

Je vous ai donc présenté une démarche de prévention fondée, dans un premier temps, sur une étude sur laquelle nous avons investi beaucoup de moyens et d'énergie. Les résultats ne se sont pas avérés à la hauteur de nos attentes au départ, mais nous ont permis de comprendre les freins et les résistances des personnes quant à cette démarche de prévention à domicile et de diagnostic habitat. Nous ne rougissons pas de la proportion de 1,5 % de retours, puisqu'il s'agissait tout de même de recevoir à la maison un ergothérapeute qui passait deux à trois heures avec la personne et qui examinait en totalité son domicile, en poussant le diagnostic très loin.

Le groupe Réunica poursuit la démarche initiée par cette expérience.

### M. Patrick LELONG

Il est intéressant de noter que ces améliorations ne peuvent advenir sans les intéressés eux-mêmes, qui sont acteurs de leur propre amélioration. C'est peut-être pour cette raison que le processus est plus lent, mais il s'agit au moins d'un vrai travail.

### M<sup>me</sup> Sandrine CAUVIN

C'est un vrai travail, effectivement, et les améliorations ne se font pas sans les intéressés et les professionnels en appui. Dans le cadre de l'étude qui a été menée, le coût moyen des préconisations – aides techniques, barres d'appui et adaptations mineures – s'élève à 400 euros. Il s'agit donc d'un montant modeste qui montre qu'il peut être intéressant d'investir dans ce domaine.

### M<sup>me</sup> Françoise FORETTE

Je trouve cette expérience hautement intéressante, mais elle prouve à quel point il existe en chacun d'entre nous une réticence à se projeter dans l'avenir, en l'occurrence un avenir qui peut être une dépendance. J'attribue cet état de fait à l'image négative qui est donnée du vieillissement. Si ce n'était pas le cas, on considérerait cela comme un autre risque de la vie. Je n'ai, par exemple jamais pu convaincre ma mère, qui avait plus de 90 ans, de retirer les petits tapis qu'elle avait mis par-dessus sa moquette.

Nous avons clairement noté dans votre Baromètre, très intéressant, que les sondés se déclaraient en grande majorité favorables à des mesures financières visant à se prémunir contre la dépendance, mais que seulement 30 % passaient effectivement à l'acte. Cela tient à un refus de se projeter dans l'avenir. C'est pourquoi, il faut changer l'image du vieillissement.

## TRAVAIL, SANTÉ, AIDES AUX AIDANTS AU MOMENT DE LA DÉPENDANCE

### 1. L'importance de la prévention en entreprises auprès des plus de 50 ans

### M. Patrick LELONG

Nous poursuivons notre table ronde avec vous, Tamou SOUARY. Nous avons déjà parlé de ce qui était possible au titre de la prévention, de ce qui pouvait être amélioré à domicile ; parlons maintenant des aidants, qui passent une grande partie de leur temps à aider des personnes, qui font souvent partie de leur famille, en perte d'autonomie. Que fait Vauban Humanis en la matière ?

### M<sup>me</sup> Tamou SOUARY

Avant de parler des aidants, je souhaiterais parler de la nécessité de pratiquer la prévention en entreprise évoquée par le professeur FORETTE. Je vais présenter en quelques mots le programme « Travail et Santé » que le



## TABLE RONDE N° 1

groupe Vauban Humanis développe depuis quelque temps. Il s'adresse aux salariés actifs directement en entreprise et sur leur temps de travail. Nous proposons aux entreprises adhérentes à Vauban Humanis des sessions courant sur deux, trois, voire cinq jours lorsque cela est possible. Elles s'adressent principalement aux seniors. On peut discuter *ad vitam* sur ce terme de « senior » et l'endroit où placer le curseur ; dans tous les cas, nous avons considéré qu'à partir de 50 ans et jusqu'à la fin de la vie professionnelle, un certain nombre de bouleversements surviennent dans la vie des seniors, tant sur le plan de la santé que sur celui de la carrière professionnelle.

Nous avons précisément ciblé ces seniors pour trois raisons. Tout d'abord, les politiques que nous développons s'adressent principalement à nos allocataires. Comme l'a rappelé Anne SAINT-LAURENT, même si les centres de prévention sont aussi ouverts aux actifs, il est difficile de les y faire venir. Ensuite, les seniors à partir de 50 ans vont également devoir travailler un peu plus longtemps dans un monde professionnel de plus en plus rude et où le taux d'activité des seniors est tout de même relativement bas. Il faudra donc lutter pour à la fois rester en activité et y rester en bonne santé, en préservant son capital santé pour bien vieillir. Enfin, cette population est déjà confrontée à la dépendance, souvent à celle d'un proche qu'il faut accompagner. Or, on sait aujourd'hui que le statut d'aidant est un facteur aggravant dans la prévalence de la dépendance. Bien que les statistiques concernant les aidants soient médiocres, il est connu que le taux de mortalité des aidants est relativement élevé.

Toutes ces raisons nous ont conduits à construire un programme qui s'articule autour de deux grands axes que je ne développerai pas, car Anne SAINT-LAURENT les a déjà évoqués. Tout d'abord, les actions mises en œuvre dans nos centres de prévention sont déclinées dans les entreprises. Les questions de santé des cinquantenaires concernent principalement les risques cardiovasculaires, les AVC, la batterie des tests visant à prévenir les situations de risque – test de mémoire et test d'équilibre. Nous abordons également des sujets parfois difficiles à discuter en groupe comme en entreprise, qu'il s'agisse de ménopause, d'andropause ou, surtout,

d'addictions. Ce sont en effet souvent ces problématiques qui motivent les DRH à accepter les partenariats avec Vauban Humanis.

Le deuxième axe autour duquel s'articulent nos interventions touche l'aspect social, professionnel et familial, en particulier la place de la famille, celle du conjoint, à une époque où les familles se composent et se recomposent et où les risques d'isolement social peuvent être aggravés par l'isolement professionnel, lorsqu'une personne se sent mal ou quitte l'entreprise pour une raison quelconque. La nécessité de développer le réseau social et de se projeter vers la dernière partie de carrière, en modifiant son comportement, en travaillant éventuellement moins, ou plus pour ceux qui le souhaitent, font aussi partie de cet aspect. Dans tous les cas, il s'agit de réfléchir clairement sur la direction que la personne souhaite donner à sa dernière partie de carrière.

Naturellement, ces journées ne s'arrêtent pas à la suite de nos interventions. En collaboration avec la médecine du travail, les DRH, les instances représentatives du personnel et les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans les entreprises, nous essayons de construire l'après-intervention. Cela consiste souvent à mettre en place des ateliers, voire à orienter vers des hôpitaux ou des centres de santé de la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) pour des bilans plus poussés lorsque l'on dépiste des risques.

Par ailleurs, nous avons également essayé de toucher les personnes qui se trouvent hors de l'entreprise sans l'avoir nécessairement choisi, soit parce qu'elles sont demandeurs d'emploi, soit parce qu'elles ont été longtemps malades et qu'elles ont quitté l'entreprise et éprouvent du mal à y retourner. Il peut aussi s'agir de salariés isolés dans de très petites entreprises et qui n'ont pas la possibilité de se structurer autour de l'entreprise pour organiser ces actions.

Nous proposons à tous ces salariés « dispersés » les mêmes services, cette fois-ci structurés autour de nos délégations sociales régionales et d'un programme intitulé Génération Plus. Celui-ci se décline aussi sur un site Internet pour toucher le plus de personnes possible.



## TABLE RONDE N° 1

### 2. L'offre dédiée aux aidants

Pour ce qui est des aidants, la direction de l'Action sociale du groupe Vauban Humanis a offert le service suivant aux 144 000 cotisants âgés de 53 ans, 54 ans, etc., par vagues successives. Lorsque l'un des proches du cotisant entre en dépendance et que ce salarié se trouve en difficulté pour réagir à cette situation, soit pour des raisons d'éloignement géographique, soit parce que cette situation survient de manière inattendue et pose des problèmes qui lui paraissent insolubles, notre service donne la possibilité de faire appel à Vauban Humanis à travers une plate-forme partenaire qui accompagne le cotisant au moment où cette dépendance survient et où la personne est la plus démunie pour trouver des solutions. Notons que compte tenu du modèle économique, nous avons dû définir « les proches » de manière précise, c'est-à-dire que sont considérés comme proches le père, la mère, le beau-père et la belle-mère.

Concrètement, le cotisant peut appeler la plate-forme, qui met à sa disposition différents services. Il s'agit principalement d'un diagnostic personnalisé de l'autonomie de la personne et des aides dont elle a besoin. À partir du diagnostic établi par une équipe pluridisciplinaire qui peut se déplacer à domicile si la personne ne peut renseigner directement les informations nécessaires, les assistantes sociales mettent en place les services d'accompagnement. Quelquefois, il s'agit seulement d'une aide administrative pour indiquer à qui s'adresser ou quelle voie emprunter, d'autres fois de services concrets d'aide à la personne comme des aides-ménagères, auxiliaires de vie ou le portage de repas. Surtout, ce service apporte au salarié une écoute, des conseils et un soutien psychologique souvent essentiel à un moment où l'on est en activité, parfois soi-même en difficulté et face à des choix décisifs.

C'est pourquoi, Vauban Humanis a choisi d'accompagner les salariés pendant la première année d'entrée en dépendance d'un proche, pour permettre, dans la sérénité, de trouver des solutions, d'anticiper et de prendre des décisions engageantes sans pression.

### DÉBAT AVEC LA SALLE

#### M<sup>me</sup> Françoise BERNET

Bonjour à tous. Je suis, entre autres, psychologue clinicienne et je m'occupe d'aider les aidants familiaux dans le cadre de formations à leur intention, d'animation de groupes de parole, et j'essaie autant que possible d'ouvrir mon regard.

Vous mentionnez à juste titre que le fait d'être aidant enfant peut rendre les choses plus difficiles, dans la mesure où l'on se trouve confronté à ce problème, et parfois l'on « en prend plein la figure », si vous me passez l'expression. À travers mon expérience d'animation de groupes de parole, j'ai remarqué que cela peut être aussi l'occasion pour les individus de prendre conscience de la dépendance. Cela peut leur donner envie d'avancer concernant l'aide qu'ils apportent à leurs proches, mais aussi pour leur propre devenir. Ma remarque va dans le sens de Françoise FORETTE : je crois que l'aidant a ainsi l'occasion, une fois qu'il a dépassé sa souffrance, d'avancer et de proposer ce que lui-même a peut-être réussi à régler.

#### M<sup>me</sup> Françoise FORETTE

Je crois que vous avez tout à fait raison. Il faut bien dire que, dans le plan Alzheimer, existe un soutien psychologique pour les aidants et même un soutien, entre guillemets, « médical », c'est-à-dire qu'une consultation particulière leur est proposée. En effet, il est connu que la mortalité des aidants est supérieure à la mortalité de la population générale, tout comme leur morbidité – le nombre de maladies.

Ces populations ont effectivement besoin d'aide, mais il s'agit aussi de l'occasion d'une prise de conscience, et nombre d'aidants estiment qu'ils remplissent un rôle gratifiant : les deux aspects cohabitent.

Nous n'avons pas parlé de la maladie d'Alzheimer, qui échappe pour l'instant un peu à la prévention. Cela dit, d'immenses progrès sont à venir, et lorsque l'on considère les progrès médicaux entre les années 50 et



## TABLE RONDE N° 1

les années 2000, il est impossible d'imaginer qu'un traitement de cette maladie n'émergera pas entre aujourd'hui et les années 2050. Et c'est probablement une absurdité d'évoquer 40 millions de cas d'Alzheimer dans le monde aujourd'hui, pour en prédire 80 millions en 2050. Si l'on trouvait le traitement de la maladie d'Alzheimer dans les années à venir, on diminuerait de 70 % les institutionnalisations, et de 70 % les demandes d'APA, c'est-à-dire les problèmes lourds de dépendance. Cela doit nous donner des ailes, mais signifie aussi qu'il faut promouvoir la recherche sur cette maladie.

### M<sup>me</sup> Anne SAINT-LAURENT

Je souhaiterais rebondir sur les propos de Tamou SOUARY. On évoquait la question de l'isolement social tout à l'heure. Dans l'étude que nous avons réalisée l'année dernière au travers des personnes qui passent dans les centres de prévention, nous avons constaté que le facteur déterminant de la qualité du vieillissement perçu par ces personnes n'était pas l'existence de pathologies, alors que les professionnels ont une expérience très pointue dans ce domaine. Il s'agissait de l'existence d'un réseau social. Pour réagir sur la question de l'isolement, notamment des aidants qui sont une population encore plus à risque, je me demandais si, dans les critères très rigoureux de la mesure du risque en vue de son financement futur, ne faudrait-il pas prendre en compte, plus que l'existence de pathologies à des âges jeunes, la situation de l'environnement social ?

### M. Francis KESSLER

Bonjour, je viens de l'Université de Paris I. Je suis très heureux premièrement d'entendre aujourd'hui que la question de la dépendance des personnes âgées relève de la santé publique ; ce n'est donc pas uniquement une question de vieux et de vieillissement. Pour information, il existe, depuis 1998, une recommandation du Conseil de l'Europe, une sorte de *vade-mecum* sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, qui défend cette position depuis donc fort longtemps.

J'ai par ailleurs été très intéressé par les expériences que vous avez conduites, mais je considérerais que la question de la santé publique relève d'abord du rôle de l'État et, dans le domaine qui nous intéresse aujourd'hui, des conseils généraux. Pour siéger dans un Conseil d'administration d'une caisse de Sécurité sociale, la Carsat, je suis frappé par l'absence totale de prise de conscience de ces questions de santé publique par les conseils généraux, qui ont une activité non négligeable dans le domaine qui nous intéresse. Comment articulez-vous vos expériences avec l'intervention des conseils généraux, voire comment vous situez-vous par rapport à des plans éventuels étatiques de santé publique ?

### M. Patrick LELONG

Pouvez-vous nous parler plus avant de l'articulation entre les pouvoirs publics de santé et les démarches privées dont vous avez donné une illustration ?

### M<sup>me</sup> Anne SAINT-LAURENT

Un premier élément de réponse réside dans le fait que l'action sociale portée par les groupes de protection sociale n'a pas les ressources permettant de compléter les 25 milliards d'euros consacrés aux situations de perte d'autonomie quel que soit l'âge, même si ces ressources de l'action sociale sont assez significatives pour mettre en place des actions comme celles évoquées aujourd'hui. Comme je l'évoquais en préambule de mon propos, le rôle de ces actions concernant l'accompagnement des aidants, le conseil en ergothérapie ou les centres de prévention, consiste à démontrer que c'est possible. Pour ce qui est de l'organisation sur les territoires, naturellement, les régimes de retraite complémentaire ont mis en place une coordination depuis longtemps avec le régime général. La coordination des nouvelles actions est en train de se mettre en place.

Évidemment, on ne compte pas 95 centres de prévention ; il s'agit de montrer que de nos 10 centres, ressort un modèle qui peut être organisé sur l'ensemble du territoire et reproduit par d'autres acteurs,



## TABLE RONDE N° 1

éventuellement les conseils généraux, voire des acteurs privés qui vont porter le risque du point de vue financier. Nous sommes vraiment dans la démonstration par l'exemple plus que le développement d'un système, puisque les ressources ne sont pas vraiment à la hauteur.

### M<sup>me</sup> Françoise FORETTE

Je crois que l'intervention d'Anne SAINT-LAURENT montre bien que la prévention n'est pas le fait d'un seul corps, d'État ou pas. C'est l'affaire de tous : l'État, certainement les Conseils généraux, dont un grand nombre a d'ailleurs pris des initiatives tout à fait intéressantes, et les entreprises. J'étais d'ailleurs ravie d'entendre l'initiative que vous avez prise, qui montre que l'idée de faire de la prévention en entreprise progresse. L'entreprise étant considérée comme un milieu de vie, où les personnes passent un temps considérable, cette dimension est essentielle.

La prévention en général, celle de la dépendance en particulier, est donc l'affaire de tous. C'est également l'affaire des médias. Je pense qu'ils jouent un rôle considérable, et certaines campagnes médiatiques fonctionnent à merveille. Rappelez-vous « Les antibiotiques, c'est pas automatique », qui fut une campagne fabuleusement efficace. Vous parliez d'aménagement du logement : j'ai vu récemment un spot publicitaire à la télévision où un fils conseille à son père ou son grand-père de mettre un tapis dans sa baignoire. Cela fonctionne très bien. La prévention est donc véritablement l'affaire de tous.

### M. Patrick LELONG

Merci. Ce n'est pas une question qui vient de m'arriver, mais plutôt un vœu pieux : proscrire les mots « dépendance » et « perte d'autonomie » pour les remplacer par « aider », « maintenir, développer l'autonomie ». Ces termes sont tout de même très pratiques.

### M<sup>me</sup> Françoise FORETTE

Ils sont peut-être très pratiques, mais seuls les Français parlent de dépendance ; ce terme n'existe pas à l'étranger. En anglais, ce que nous appelons « l'assurance dépendance » se traduit par « *long-term care insurance* » : l'assurance d'avoir des soins prolongés en cas de besoin.

Ce terme de dépendance utilisé en France est d'ailleurs parfois très ambigu, car il désigne, dans la majorité des pays, le rapport entre actifs et inactifs ; on voit donc une incompréhension quand on commence à parler de dépendance. Il s'agit de plus d'un terme dévalorisant, et je suis tout à fait d'accord pour le supprimer. Faisons un vœu !



## TABLE RONDE N° 1

ACCOMPAGNER LES PERSONNES  
DEUXIÈME SÉQUENCE

### Participent à cette table ronde :

- **Martine CHARDIGNY**, directrice du centre de gériatrie et d'accueil spécialisé de Gouvieux, groupe Malakoff Médéric;
- **Pascale FUMEAU-DEMARY**, directrice déléguée du Centre de santé, groupe Audiens;
- **Bruno GABELLIERI**, directeur communication et relations extérieures, groupe Aprionis, et secrétaire général de l'Association européenne des institutions de protection sociale paritaire (AEIP);
- **Laurent CLEVENOT**, secrétaire général, Union nationale des associations familiales (Unaf)
- **Pierre HÉMON**, adjoint au Maire de Lyon.

### L'APPORT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES POUR UNE NOUVELLE PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS

#### M. Patrick LELONG

Nous commencerons avec vous, Martine CHARDIGNY, sur l'apport des nouvelles technologies en résidence. Nous avons vu que les ergothérapeutes ont beaucoup d'importance, que des modifications simples mais adaptées permettent souvent de pallier la « perte d'autonomie », si je peux encore utiliser ce terme. Des technologies permettent par ailleurs de compléter ces démarches. Quel est l'apport du groupe Malakoff Médéric en la matière ?

#### M<sup>me</sup> Martine CHARDIGNY

##### 1. Les nouvelles technologies au service d'une vie plus « normale »

Je suis directrice d'un centre de gériatrie et d'accueil spécialisé à Gouvieux, dans l'Oise. Nous avons créé à côté d'un centre de gériatrie, donc un établissement

sanitaire, une maison d'accueil spécialisée généraliste du handicap physique. C'est un type de structure qui fait largement défaut sur le territoire français. Elle accueille des personnes plutôt jeunes, qui ont eu une vie familiale, affective et professionnelle normale, avant que la maladie ou l'accident ne les cueille au beau milieu de leur vie et les prive d'autonomie. Pour bon nombre de ces personnes, il s'agit d'une maladie neurologique invalidante, mais aussi d'AVC massifs sur des personnes de moins de 60 ans ainsi que des traumatismes crâniens.

Il fallait donc trouver une réponse pour que ces personnes puissent vivre aussi normalement que possible. Quand on se trouve en fauteuil électrique, que l'on a perdu la possibilité de marcher, de se servir de ses bras, de ses mains, comment faire pour aller et venir dans l'institution, quand on le veut ? En effet, quand on se trouve dans cet état, dans sa chambre, sans possibilité d'ouvrir sa porte et que l'on doit attendre qu'un personnel vienne répondre à sa demande, on attend cinq minutes le premier jour ; le deuxième jour, on attend un peu moins longtemps, et le troisième jour, on abandonne et reste cloîtré dans sa chambre.

Un comité scientifique et un comité de pilotage ont alors réfléchi aux dispositions possibles pour permettre à ces personnes de vivre le plus normalement possible. Nous avons abouti à ce que l'on appelle la domotique. Ainsi, avec l'aide d'une téléthèse adaptée à tous les handicaps (elles vont jusqu'à la reconnaissance vocale et du souffle), les personnes les plus lourdement handicapées peuvent actionner la porte de leur chambre, régler la lumière, décrocher le téléphone, allumer le téléviseur ou l'ordinateur, fermer et ouvrir les volets quand on en a envie, sans attendre qu'un personnel intervienne.

Cette première réponse avait cependant un coût important qu'il fallait faire accepter impérativement par le promoteur. Cependant, nous étions convaincus et avons fait valoir notre volonté de faire en sorte que ces gens puissent bénéficier de cette technologie. Pour les personnes que l'on accueille, la téléthèse n'est pas un luxe, mais leur donne la possibilité de vivre normalement, d'avoir envie de vivre et de faire des choses ; elle leur permet aussi de recréer du lien, d'aller dans les ateliers



## TABLE RONDE N° 1

proposés par l'institution, et leur redonne une utilité. « Même sans mes bras et mes jambes, j'ai encore ma tête et mon cœur et je suis encore utile à quelque chose. » Cette notion d'utilité sociale nous paraissait essentielle.

Cette réponse permet aussi de recevoir au sein de l'institution des enfants de l'école maternelle. Nous avons également un jardin thérapeutique ; c'est leur jardin, ils l'ont conçu, l'entretiennent, vont chaque jour arroser et enlever les fleurs fanées. Ils peuvent goûter au bonheur de croquer à nouveau un fruit, une framboise, une fraise, le produit de ce qu'ils ont planté et qui leur procure une sensation extraordinaire qu'ils n'avaient plus connue depuis longtemps.

Ces nouvelles technologies impliquent évidemment une équipe pluridisciplinaire qui procède à une étude complète des besoins de la personne à son entrée dans la résidence, et propose une téléthèse en fonction du handicap de nos résidents.

Nous avons également installé des rails transfert dans l'intégralité de l'établissement. Ils améliorent le confort et la sécurité du résident, mais aussi pour les personnels. Un seul personnel peut ainsi transférer la personne handicapée de son fauteuil électrique sur son lit et inversement. C'est un équipement qui, certes, coûte cher, mais s'avère rapidement indispensable dans ces structures.

### 2. La dignité des personnes comme but ultime

Notre action vise aussi à respecter la dignité des personnes, une notion-clé du colloque qui nous réunit aujourd'hui. Cette dignité passe par le respect de la personne et le respect, en particulier, du moment le plus douloureux pour ces personnes en incapacité : celui de la toilette. Ce moment d'intimité, où l'on doit confier son intimité à une tierce personne. Pour les personnes complètement privées de mobilité et en fin de vie, nous avons acquis des « douches au lit », qui permettent de donner à une personne presque un vrai bain dans son lit, sans transfert dans une salle de bains qui peut s'avérer

douloureux. Cette technique est également très appréciée des résidents et des personnels.

Nous nous sommes battus avec les autorités de tutelle pour obtenir une entrée très échelonnée des résidents sur une année. Nous pensions qu'ils avaient effectivement besoin de ce temps pour s'ancrer, prendre leur marque dans la structure, tant pour les résidents que pour le personnel. Ce temps devait permettre d'apprendre à les connaître, à connaître leurs envies et leurs besoins, et mettre ensuite en place un projet individuel. Chaque fois que je les voyais, je demandais aux résidents de me confier leur rêve. Il ne s'agit pas de partir aux îles Marquises pendant un mois, mais d'autres aspirations qui paraissent inabordables sont pourtant réalisables.

Cette structure possède une équipe de professionnels passionnés. Nous nous sommes battus, et l'avons voulue ainsi et y sommes parvenus. Après un an de vie dans cet établissement, je pense que les résidents sont particulièrement heureux. Naturellement, les patients ont récupéré les facultés physiques dans les centres de rééducation ; dans notre structure de vie, ils viennent réapprendre à vivre.

#### M. Patrick LELONG

Je retiens de votre intervention que vous essayez de faire redécouvrir des sensations. C'est extrêmement important pour redonner le goût de vivre. Toutes ces expériences sont riches de solutions, mais aussi d'émotions.

### L'ACTION D'UNE COLLECTIVITÉ LOCALE

#### M. Patrick LELONG

Nous allons désormais parler de l'action d'une collectivité territoriale avec vous, Pierre HÉMON, adjoint à la Mairie de Lyon. On a effectivement l'impression qu'à



## TABLE RONDE N° 1

Lyon, on aime mieux ses « vieux » qu'ailleurs : beaucoup de recherches y sont menées, de nombreux pôles d'excellence y existent. Cela constitue en tout cas une très bonne transition avec la question posée précédemment de l'articulation entre les initiatives dont chacun ici se fait le porte-parole, et l'action collective et solidaire, dont vous allez nous faire part, de votre expérience en tant qu'adjoint au Maire.

### M. Pierre HÉMON

Je vous remercie. Si je puis me permettre, j'aimerais commencer par un message personnel, un court préambule et une anecdote introductive.

Le message personnel s'adresse à D&O, qui compte parmi vos partenaires. D&O devait organiser, en octobre, une journée avec beaucoup d'activités sur la plus grande place de Lyon. La date choisie pour cette journée a coïncidé avec les événements liés au mouvement sur les retraites. Il y a eu un peu de violence à Lyon. J'étais cette semaine-là l'élu d'astreinte, et j'ai donc été obligé de prévenir D&O que la manifestation n'aurait pas lieu, et je voulais m'en excuser devant eux. Ces événements étaient néanmoins tout à fait inhabituels, et Lyon est une très belle ville. Si vous souhaitez, vous ou d'autres partenaires, venir à Lyon organiser vos salons, c'est avec grand plaisir que nous vous accueillerons. Voilà pour ce message personnel qui s'achève d'ailleurs de manière relativement large.

Je ne suis pas là pour parler du rapport Rosso-Debord et vous faire part de tout le mal que j'en pense. Je ne l'évoquerai donc pas, mais je pense que d'autres en parleront pour moi tout à l'heure.

### 1. Ne pas cesser de considérer les personnes âgées comme des citoyens

En anecdote introductive et à l'approche des fêtes de Noël, qui sont typiques pour moi des actions mises en œuvre pour nos « vieux », pour nos personnes âgées, je me souviens des colis de Noël que nous distribuions. Ils contenaient une boîte de petits pois, une de chocolats,

etc., et étaient distribués individuellement. Le colis a ensuite été amélioré, des entreprises se sont installées sur ce créneau, avec de belles valisettes en carton, divers pots, un peu de foie gras. Quand je suis devenu adjoint au Maire de Lyon, ma première action fut de supprimer le colis de Noël individuel, une décision qui a quelque peu fait hurler dans les couloirs de l'Hôtel de Ville.

J'ai expliqué la raison de cette décision. Le colis n'était destiné qu'aux résidents des 18 foyers de logement et des quatre Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) que gère la Ville. À partir du moment où ce sont des lieux de vie collective, lieux de partage et de lien social, j'ai pensé qu'il fallait offrir des cadeaux collectifs. Nous les avons donc mis en place à destination de l'ensemble des résidents. L'an passé, par exemple, nous avons offert dans toutes les résidences des jeux électroniques Wii ; les résidents peuvent ainsi jouer au tennis ou au bowling devant leur télévision, avec le personnel de la résidence éventuellement. Nous essayons, de cette manière, de relancer la vie collective et la vie entre les résidents, car autrement, que ce soit dans une résidence ou une autre, chacun s'enferme rapidement dans l'isolement et la solitude. Ce n'est pas le lieu qui compte, mais ce qu'on y fait. Voilà pour l'anecdote introductive.

Je souhaiterais revenir sur le titre de votre journée. Quand on parle de vieillissement, des questions de priorité et de dignité, je tiens toujours à ajouter le thème de la citoyenneté. C'est ce qui fonde l'action politique d'une ville, ou au moins de la nôtre. En effet, jusqu'au bout, jusqu'à la dernière seconde si possible, nous vivons avec des citoyens. Je pense que c'est extrêmement important de garder cette notion à l'esprit, afin d'éviter de penser que les personnes âgées retombent en enfance et qu'il s'agit de « vieux gamins » qu'il faut amuser. Nous pourrions alors penser que nous devons organiser des goûters, leur faire chanter « Tournez, tournez serviettes », faire des jeux ou aller les promener. Au bout d'un moment, ce sont aussi des « vieux » qu'il faut cacher. Il faut donc rompre avec cette façon de considérer les personnes âgées : ce n'est pas nécessairement facile, mais je crois que cette question a été très bien développée ce matin par d'autres intervenants.



## TABLE RONDE N° 1

Notre action est guidée par cette idée que ces personnes sont jusqu'au bout des citoyens, que nous devons prendre en considération, et que la considération, ce n'est pas la commisération. C'est donc avec eux qu'il faut travailler, envisager ce qui est possible, évaluer les actions engagées, et c'est ce que nous essayons de faire au travers des dispositifs « Ville amie des aînés » auxquels nous participons, dont je ne parlerai pas aujourd'hui.

Je vous parlerai des enjeux tels que nous y répondons. On parle toujours des enjeux ou des privilèges du vieillissement, pour reprendre l'idée de Françoise FORETTE, avec laquelle je suis tout à fait d'accord. Ce vieillissement est, d'une certaine manière, une chance ; ce n'est en tout cas pas une catastrophe. C'est dans les villes que les personnes vieillissent le plus, et dans les villes encore que la part de personnes âgées augmente de plus en plus.

Je souhaite évoquer une autre anecdote, relative à la façon dont j'ai choisi d'aborder la question des personnes âgées avec le Maire de Lyon. Quand vous souhaitez parler à un élu des personnes âgées, il faut lui signifier que les plus de 60 ans représentent 16 à 18 % de la population, plus de 25 % des électeurs et plus de 35 % des votants en général. Il s'agit en effet de la partie de la population la plus citoyenne, qui vote le plus. L'élu va alors vous écouter un peu plus ; vous verrez que ce type de démarche porte ses fruits.

### 2. Améliorer la ville pour briser l'isolement des personnes âgées

En rendant la ville plus agréable pour les personnes âgées, on la rend plus facile à l'ensemble de la population, puisqu'on l'améliore pour les personnes souffrant de handicap, pour les parents se promenant avec leur poussette et leurs enfants, et qui veulent prendre le bus et se déplacer. Rendre ainsi la ville plus agréable à l'ensemble de la population est extrêmement intéressant et important.

### Les transports

Comment adapter la ville et la rendre plus agréable ? Plusieurs thèmes peuvent être abordés, mais je traiterai principalement de la prévention de la dépendance et de la prévention de l'isolement social et du confinement à domicile. En effet, on nous parle beaucoup de maintien à domicile qui consiste parfois en un confinement : des personnes se retrouvent maintenues à domicile parce que, de toute façon, elles ne peuvent plus en sortir. Nous connaissons tous des personnes qui ne sont pas sorties de chez elles depuis parfois deux ou trois ans.

Les raisons sont parfois très simples. Tout d'abord, le premier commerce est un peu loin et on ne sait pas y aller. Ensuite, on ne sait pas se déplacer sur le trottoir, pas assez large ou occupés par des vélos, des skateboards ou autres. Nous travaillons sur cette question en lien avec d'autres délégations pour créer des pistes cyclables pour que les vélos ne soient pas contraints de circuler sur les trottoirs, pour faire de l'éducation générale. Il y a d'autre part une délinquance principale très importante et qui coûte très cher : la délinquance automobile. Beaucoup de voitures se garent sur les trottoirs ou essaient de le faire, et pour l'éviter, nous installons des plots en grand nombre, ce qui revient extrêmement cher. Je ne sais pas comment lutter contre ces problèmes, alors que la question des trottoirs est importante.

De même, celle du temps de traversée d'une rue doit être prise en considération. Peut-être faut-il modifier la durée du feu rouge pour permettre à la personne âgée qui a commencé à traverser une rue de rejoindre le trottoir d'en face. C'est peut-être plus important que le temps d'attente de l'automobiliste au feu rouge.

Nous travaillons aussi sur ce qui peut être mis en place dans le cadre des transports en commun, même quand ils sont très bons, comme à Lyon et dans bien d'autres villes. Il reste en effet toujours des maillages fins à réaliser. Les personnes âgées rencontrent ainsi des difficultés avec les autobus à Lyon, comme dans d'autres villes sans doute, de trois ordres.



## TABLE RONDE N° 1

La question peut-être la moins grave, mais pas la moins récurrente, concerne les horaires. La ville est calée sur les horaires scolaires ; pendant les vacances scolaires et l'été, il y a donc beaucoup moins d'autobus et de transports en commun. Cela veut-il dire que les personnes âgées doivent limiter leurs sorties pendant les vacances scolaires ? Certaines accueillent pourtant alors leurs petits-enfants et ont donc peut-être plus besoin de sortir. Je n'ai pas encore réussi à régler cette question, mais nous allons essayer.

La question de la taille des horaires affichés dans les arrêts de bus revient également souvent. Il n'y a d'ailleurs pas besoin d'être âgé pour avoir des difficultés à lire ces horaires extrêmement compliqués et écrits en petits caractères. Ne peut-on pas simplement écrire plus gros ? Ce sont des éléments qui peuvent être améliorés par une commune.

Par ailleurs, une autre question en matière de transports en commun et de bus, plus importante, est celle du confort de transport. Le temps qu'une personne rentre dans un bus, celui-ci redémarre. Une personne âgée un peu fragile, et je crois que la fragilité est la vraie question, qui est secouée une fois, va prendre peur et ne prendra plus le bus parce qu'elle craindra de rencontrer à nouveau ces difficultés. Un vrai travail de formation doit être accompli avec les chauffeurs et les entreprises d'autobus. Il faut réfléchir également au rythme. Dans le cas contraire, les personnes abandonnent très vite le bus. On parle souvent de la question du prix, mais elle est souvent réglée par les cartes d'abonnement notamment. L'abandon des transports en commun provient souvent d'une peur, du fait d'y être trop secoué. Pour y répondre, nous travaillons donc sur la formation et avec les entreprises.

Enfin, comment faire pour les circuits courts d'un kilomètre à un kilomètre et demi, pour lesquels il n'existe ni navette, ni autobus, ni taxi ? Nous avons mis en place à Lyon le dispositif de cyclo-pousse : il s'agit d'un vélo-taxi, dédié spécifiquement aux seniors, par quartiers. La réservation est simplifiée au maximum : les personnes âgées peuvent téléphoner à un numéro, auquel une personne répondra, pour réserver ce vélo-taxi qui viendra les chercher en bas de chez elles pour les amener, par exemple, à la banque et les ramener après.

Ce vélo-taxi peut également les emmener chez le coiffeur : sortir de chez soi pour aller chez le coiffeur est tout de même extrêmement différent que de le faire venir à domicile. Depuis la mise en place du dispositif il y a deux ans, nous avons de beaux exemples de personnes qui sortent à nouveau pour ces motifs, pas obligatoires ou alimentaires, mais de loisir, de plaisir, pour se faire belle, se faire beau... Ces personnes revoient leur quartier, et s'y déplacent à 8 ou 10 kilomètres à l'heure, ce qui leur donne le temps de voir, et de se faire voir. Ce type d'action est extrêmement important pour nous.

Aucune de ces actions ne revêt un caractère obligatoire, mais elles permettent de faire beaucoup dans le cadre du vivre-ensemble et de l'amélioration de la ville.

### Un service humain de relations avec les usagers

Par ailleurs, lors de l'audit réalisé avec les personnes âgées, nous nous sommes rendu compte que, comme d'autres, elles ne supportent pas de téléphoner et de tomber sur une plate-forme téléphonique leur enjoignant d'appuyer sur la touche 1, la touche 2, etc. Elles ne sont pas les seules, je ressens d'ailleurs le même sentiment. Je tiens ces propos à l'attention de ceux auraient mis en place de telles plates-formes. J'en profite pour faire un peu de publicité personnelle : à la ville de Lyon, nous n'avons pas de dispositif de ce type. Quand des usagers appellent, une personne du service de relation avec les usagers décroche, dit bonjour et oriente les personnes. C'est très apprécié et je pense que c'est très important. Dans le cas contraire, les personnes âgées, de la même manière qu'elles ne prennent plus l'autobus, risquent de ne plus téléphoner et, *in fine*, de perdre l'usage du téléphone, puisqu'il y a des effets d'entraînement.

### Les jardins partagés

Enfin, nous développons de nombreuses actions pour la nature, l'environnement, les jardins... Je vois d'ailleurs que le concept de jardins partagés se répand également à Paris. Nous sommes passés du jardin ouvrier au jardin partagé : des associations récupèrent des morceaux de



## TABLE RONDE N° 1

terrain dans la ville et jardinent ensemble. Nous accompagnons cette démarche, et, lors de la mise en place de jardins partagés, nous installons des jardinières à un mètre de haut pour que les personnes âgées ou des personnes en fauteuil roulant puissent continuer à jardiner. Là encore, cela permet de relancer une activité qui avait été arrêtée auparavant.

Ces deux exemples me semblent illustratifs des possibilités d'action, et ne coûtent en plus pas très cher, ce qui importe par les temps qui courent.

### M. Patrick LELONG

Il est surtout intéressant de constater qu'il s'agit d'actions au quotidien et dans la durée, et non d'une journée, semaine ou quinzaine sur une thématique.

## LE BILAN PROFESSIONNEL EN ACTIVITÉ

### M. Patrick LELONG

Nous allons maintenant évoquer le bilan professionnel en activité avec vous, Pascale FUMEAU-DEMARY. Un bilan professionnel en activité correspond-il bien à de la prévention ? S'agit-il de « prévention dans la prévention » ?

### M<sup>me</sup> Pascale FUMEAU-DEMARY

Exactement. Je dirige le centre de santé, une des singularités du groupe Audiens. Il s'agit à la fois d'un centre de soins et d'un centre de prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, situé en plein cœur de Paris. Il est orienté vers nos ressortissants de la presse et du spectacle, mais aussi vers nos partenaires. Nous avons mis en place, depuis deux ans, des bilans de santé des risques du mauvais vieillissement. Nous sommes d'ailleurs très heureux d'avoir été nommés aux premiers trophées de *L'Argus de l'Assurance* pour ce projet. Je vais rebondir sur une

intervention de Madame le professeur FORETTE, qui est intervenue à plusieurs reprises lors de nos comités de prévention – et c'est toujours un plaisir. Elle avait parlé de promotion de la santé tout au long de la vie ; c'est exactement ce que nous mettons en place pour les professionnels de la presse et du livre, et que nous mettrons en place à partir du mois de janvier pour les professionnels du spectacle.

Il s'agit de bilans de santé en amont, qui ont pour but de préserver le capital santé. Surtout, à l'inverse des bilans de santé de la Sécurité sociale, ces bilans sont personnalisés. Avec l'accord des entreprises, nous adressons donc aux salariés un préquestionnaire qui est orienté en fonction des risques et aléas professionnels que les salariés peuvent rencontrer. Notre médecin de prévention met en place en fonction de ce préquestionnaire une batterie d'exams et de consultations complémentaires s'il y a lieu. Il rencontre surtout le salarié pendant trois quarts d'heure à une heure, un peu à la manière des bilans des risques du mauvais vieillissement, afin d'envisager une prise en charge complète et globale de ce salarié.

Le médecin pourra orienter le salarié vers d'autres spécialités. Pour les machinistes, les monteurs, les techniciens du spectacle, par exemple, nous orienterons plus particulièrement notre bilan vers les troubles musculo-squelettiques, les risques liés aux manipulations de produits toxiques avec des consultations ORL, pneumo, dermatologiques, ainsi qu'évidemment vers les problématiques cardiovasculaires, de troubles de l'équilibre ou les problèmes sensoriels, ophtalmologiques ou auditifs.

À l'issue de ces bilans, notre médecin de prévention récoltera toutes les données et établira une synthèse remise au salarié. Celui-ci pourra évidemment la remettre au médecin traitant, voire au médecin de santé au travail, puisque, dans le cadre des professionnels du spectacle, nous travaillons en synergie avec le centre médical de la Bourse, centre de santé au travail des intermittents du spectacle.

Nous avons donc mis en place ces bilans pour les professionnels de la presse depuis le mois de juillet, et nous avons eu la surprise d'avoir un retour de 11 %,



## TABLE RONDE N° 1

ce qui est très important. Nous ne nous attendions pas à un tel succès, ce qui signifie sans doute qu'il y a un réel besoin, comme le signalait Françoise FORETTE. Nous allons mettre en place à partir de janvier ces mêmes bilans pour les professionnels du spectacle. Nous envisageons d'en réaliser 200, mais je me demande si nous n'allons pas, là encore, avoir un peu plus de succès.

La prise en charge est triple, par l'assurance-maladie, la complémentaire santé mais également par les fonds sociaux. Nous avons également décidé de demander une participation des entreprises, pour celles qui le peuvent, souvent les grandes et moyennes évidemment.

Nous envisageons aussi d'externaliser ces bilans pour les offrir à nos ressortissants de la presse et du spectacle en régions, avec l'appui d'autres centres de santé.

Pour finir, nous souhaitons absolument travailler tout au long de la vie. Nous avons beaucoup travaillé depuis trois ans sur la prévention comme facteur de maintien du capital santé de nos ressortissants, et nous avons encore bien d'autres idées, en entreprise notamment. Il nous semble très important de commencer dès en amont, afin d'éviter les problèmes liés à l'avancée en âge.

### M. Patrick LELONG

Merci. Jérôme et moi viendrons prendre rendez-vous juste après, puisque nous avons noté que cela nous concernait.

## L'EXPÉRIENCE DE PILOTE D'UN HÔPITAL GÉRIATRIQUE – COMPARATIF EUROPÉEN

### M. Patrick LELONG

Nous allons maintenant parler de l'expérience d'Aprionis en tant que pilote d'un hôpital gériatrique. Bruno GABELLIERI, vous possédez une grande expérience des voyages utiles, et nous aimerions vous entendre sur le comparatif européen.

### M. Bruno GABELLIERI

#### 1. Un projet pilote voué à servir d'exemple

Je suis directeur de la communication et des relations extérieures du groupe Aprionis et secrétaire général de l'Association européenne des institutions de protection sociale paritaire, basée à Bruxelles.

J'aimerais effectivement relater ici une expérience de pilotage pour le groupe Aprionis d'un établissement que je qualifierais d'exemplaire, qui a été financé par les régimes Agirc et Arrco. Je parle évidemment ici sous le contrôle d'Anne SAINT-LAURENT, directrice des activités sociales Agirc et Arrco, puisque le groupe Aprionis ne fait que piloter une réalisation qui a été portée par ces deux régimes. La plupart des groupes paritaires de protection sociale sont bien sûr impliqués, à la fois dans le financement de cet hôpital sur la base des fonds sociaux Agirc et Arrco, mais, dans l'animation de l'association de gestion, puisqu'il s'agit d'un hôpital privé sans but lucratif, sur un modèle associatif, comme il en existe encore. Peut-être faudrait-il d'ailleurs que ce modèle se développe davantage, sur la base de cette expérience.

Pourquoi parler de cet hôpital dans cette enceinte ? Comme le disait Madame SAINT-LAURENT, les régimes complémentaires n'ont pas vocation à construire des hôpitaux pour le compte de la France dans son ensemble. Par les dotations d'action sociale décidées par les partenaires sociaux, les régimes complémentaires n'ont en effet pas la possibilité de financer l'ensemble de la protection sociale : nous ne sommes que complémentaires de la protection. Nous pouvons donc financer des opérations pilotes, qu'on pourrait qualifier d'exemplaires.

Je souhaiterais montrer comment cet hôpital gériatrique construit en 1970 est non seulement resté performant, mais encore est probablement aujourd'hui l'un des plus performants dans la filière gériatrique au plan français, voire, puisque l'on en parlera à la fin de l'intervention, sur le plan européen.

Cette opération présente l'intérêt de réunir tous les acteurs de la problématique de la dépendance. Pour



## TABLE RONDE N° 1

répondre directement à la question de Francis KESSLER tout à l'heure, nous sommes effectivement, dans la problématique d'un hôpital gériatrique, au cœur de la relation entre le Conseil général, les communautés urbaines et les mairies du secteur (le sud de l'Essonne), nous sommes également aux prises avec la CARSAT, bien sûr, la Cramif et avec tous les services sociaux du territoire sur le plan des prestations sociales.

Je trouve très intéressant que, sur le plan local, cet hôpital ait supporté la création d'un Clic, centre de liaison de l'ensemble des opérateurs de la dépendance et de sa prévention, des services de soins à domicile à la Croix-Rouge en passant par le service d'urgence de l'hôpital de Longjumeau, l'hôpital public le plus proche, et les services d'incendie et de secours puisqu'il faut pouvoir transporter rapidement et à tout moment les personnes âgées ayant besoin d'être hébergées dans un hôpital.

### 2. Renverser le processus de la dépendance

Nous avons cette année porté, à travers cet hôpital, la création d'une résidence dédiée à la filière gériatrique, spécialité maladie d'Alzheimer. Nous n'en avons encore que peu parlé durant cette matinée consacrée à la dépendance – et je suis bien d'accord avec le professeur FORETTE : il ne faut plus utiliser le mot « dépendance », mais c'est malheureusement, le mot communément admis en France, alors que l'on ne parle, à Bruxelles, que de « *long term care* », et que « dépendance » a une autre tonalité en anglais.

Cette résidence Europa, inaugurée cette année à l'initiative de l'Agirc et de l'Arrco, mais aussi du groupe Aprionis qui assure la présidence de cet hôpital, est très orientée vers la prise en charge de patients lourds. Ceux qui sont hébergés en hôpital gériatrique, sont ceux qui ne peuvent plus rester à domicile, et nous sommes conscients que ce ne peut être que la solution extrême, voire ultime.

Tout le travail d'une plate-forme comme l'hôpital dans cette partie de l'Essonne consiste justement à éviter que les personnes âgées dépendantes arrivent à l'hôpital et y restent. Dans le but de renvoyer des personnes âgées dépendantes chez elle, nous appliquons la méthode

Gineste-Marescotti, d'origine canadienne. Elle est basée sur « l'humanité » et prend la totalité de la personne âgée en compte dès son arrivée.

Cela ne comprend pas uniquement la personne âgée elle-même, mais aussi les aidants qui l'entouraient avant, doivent l'entourer pendant, et qui l'entoureront encore après. Cette démarche concerne aussi le personnel, qui a été éduqué à la prise en charge de ces patients sur toute sa dimension humaine. Cela passe par le toucher, la vue, les pratiques alimentaires, éventuellement le jardinage, bien que nous ne disposions pas encore de jardin à Ballainvilliers malheureusement – peut-être prochainement. Les animaux de compagnie peuvent aussi jouer un rôle. Nous pourrions envisager de réinstaller une petite ménagerie à côté de l'hôpital, qui n'existe plus aujourd'hui mais y fut pendant des années et pourrait y revenir.

Cette prise en charge complète de la personne âgée dans sa totalité permet de recréer la confiance, à la personne de retrouver sa dignité, et de la renvoyer chez elle quand on a réussi à remettre la personne debout. En effet, quand on parle de personne âgée dépendante, on la voit dans un lit. Aujourd'hui, nous avons la joie de voir, dans l'établissement de Ballainvilliers, que nous avons diminué la consommation médicamenteuse. Celle-ci, sur certains éléments d'évaluation, baisse en moyenne de 80 % par rapport à l'entrée d'un patient dans l'établissement. Grâce à cette méthode, nous avons aussi fait baisser l'absentéisme du personnel soignant dans l'hôpital de 50 %.

Quand on entend que l'on ne peut équilibrer les comptes de l'hôpital, il faut savoir que la résidence de 120 lits que nous avons ouverte, sur un établissement de 380 lits, a été financée sur fonds propres de l'établissement à hauteur de 1,5 million d'euros. L'établissement génère donc des excédents, et ce n'est pas banal, surtout dans le domaine de la dépendance. Pourtant, nous ne faisons rien de « sorcier ». La directrice générale, Madame GAUSSENS, à qui je rends hommage ici, fait un tour de force quotidien avec ses équipes de médecins et d'infirmières, mais il est aussi notable que ces performances peuvent être obtenues en équilibrant la gestion et non au détriment de la qualité des soins et du service rendu.



## TABLE RONDE N° 1

### 3. Le financement

Je dois maintenant évoquer le financement conjoint de la nouvelle résidence Europa. Les apports ont été de :

- 6,5 millions d'euros versés par les caisses de retraite ;
- 1,5 million d'euros de la part du Conseil général ;
- 2,3 millions d'euros en provenance du Conseil régional ;
- 700 000 euros versés par la Cramif et la Cnav chacune.

Au total, il a fallu boucler le financement avec un prêt bancaire de 4 millions d'euros qui n'a pu être souscrit qu'en présentant un plan crédible de remboursement ; en effet, les banquiers ne sont pas des philanthropes. Encore une fois, nous avons affaire à un établissement équilibré, bien géré, exemplaire.

### 4. Échanges de bonnes pratiques au niveau européen

En tant que secrétaire général des institutions paritaires, j'ai choisi de présenter à Bruxelles l'exemple de cet établissement de Ballainvilliers. D'autres établissements peuvent néanmoins être cités, que ce soit La Porte Verte à Versailles ou Les Sources à Nice. La France peut ainsi se prévaloir, à l'échelle internationale, de quelques expériences réussies. Grâce à ces exemples, nous avons pu bâtir des échanges réciproques de bonnes pratiques – le maître mot aujourd'hui à l'échelle européenne – avec l'ensemble des pays de l'Union européenne (UE) dans lesquels l'AEIP est présente, notamment en Finlande, aux Pays-Bas ou en Allemagne.

Depuis maintenant trois ans, la présidence tournante de l'UE confie conjointement à l'AEIP et l'Association internationale de la mutualité l'organisation de la journée dépendance européenne qui se traduit par un colloque européen sous présidence tournante de l'UE consacré aux personnes âgées en situation de *long term care*.

Cette pratique de la résidence Europa mérite d'être exportée, et d'autres exemples dans des pays européens existent aussi. Lors de la dernière conférence européenne à Stockholm, nous avons visité les réalisations de la Fondation de la Reine de Suède : nous

avons retrouvé les méthodes mises en œuvre dans l'hôpital gériatrique de Ballainvilliers et qui mériteraient d'être plus connues et reproduites.

### LES ATTENTES DES ASSOCIATIONS FAMILIALES

#### M. Laurent CLEVENOT

Je rappelle tout d'abord que l'Union nationale des associations familiales (Unaf) représente 69 mouvements familiaux, 4 800 associations en métropole et en Outre-Mer et 750 000 familles adhérentes. La mission qui lui est dévolue par le législateur consiste à représenter l'ensemble des familles françaises et étrangères vivant en France, soit 17 millions de familles.

Pour nous, le regard sur la dépendance, ou le maintien en bonne condition des personnes âgées, est d'abord la question du regard sur l'autre. C'est aussi la question du regard sur soi-même, notamment quand on parle de la prévention et qu'il faut se projeter dans l'avenir ; la relation au temps est alors importante.

La dépendance a toujours existé, mais est aujourd'hui devenue un phénomène de société. Quelles seront les réponses que notre société apportera à cette situation nouvelle, dont on voit d'un point de vue « balistique » l'évolution future ? Le débat qui va s'ouvrir, d'abord à travers cette journée fort pertinente compte tenu du calendrier, concernera la façon de s'organiser pour faire face à ce phénomène de masse, l'identité de ses acteurs et ses sources de financement.

Le sujet de la prévention est premier, mais pose au passage la question de la responsabilité personnelle et de la responsabilité familiale, puisque cette question, dont on parle depuis plusieurs années, illustre le passage du curatif au préventif. Les acteurs reconnaissent de plus en plus l'importance de la prévention pour les personnes tout comme les paramètres économiques.



## TABLE RONDE N° 1

Dans ce domaine, la lutte contre l'isolement nous apparaît comme un sujet connexe mais très important. Le drame de la solitude et de l'isolement est en effet un vrai sujet, certes premier par rapport au phénomène de la dépendance, mais dont on voit bien comment il lui est relié. En la matière, la fête des Voisins n'est bien sûr qu'un événement, mais aussi un moment de décroisement, un événement national et international aujourd'hui. Elle constitue une contribution aux nouveaux réflexes qui permettront de lutter contre l'isolement.

### 1. Prise en charge nationale et inégalités territoriales

Les familles attendent une prise en charge au niveau national de la dépendance. Comme l'illustrent les interventions à cette tribune ce matin, des expériences et des réalisations formidables existent. La réalité de la dépendance et sa complexité sont aujourd'hui connues; la question qui nous préoccupe aujourd'hui est celle de la manière de faire face à ce phénomène de masse et de financer les acteurs. Pour nous, la prise en charge doit se faire dans un cadre national organisé localement. Évidemment, être une personne dépendante à Paris ou à Lyon – et j'ai bien compris que les Lyonnais ont beaucoup de chance et de facilité compte tenu des dispositifs qui ont été décrits précédemment – est moins compliqué que dans la Nièvre, la Creuse ou un département à faible démographie. Étant par ailleurs administrateur de la Caisse nationale d'allocations familiales, la logique est à mon avis la même en matière d'action sociale: des cadres nationaux mais des déclinaisons locales pertinentes par rapport aux territoires et aux réalités des familles et des personnes.

Les familles sont par ailleurs clairement attachées à l'équité, pour le sujet du jour mais aussi au-delà. En effet, les conseils généraux, qui portent une lourde charge et responsabilité sur la thématique de la dépendance, répondent de manière très différenciée d'un département à l'autre. Cela engendre des iniquités territoriales mal perçues par certaines familles.

Ce sujet des iniquités territoriales pose par ailleurs la question de la place du droit par rapport au contrat. J'ai été attentif à toutes les expériences mises en place

au niveau de certaines entreprises, et tous les organismes de prévoyance ont un rôle à jouer dans ce domaine. Il n'en demeure pas moins que, sur ce sujet comme sur d'autres, certaines entreprises mènent des actions et développent une vision forte, tandis que d'autres apparaissent plus timorées. La question de la responsabilité sociale de l'entreprise est posée: les entreprises sont-elles en reflux ou en phase d'investissement par rapport à leur responsabilité sociale? Le débat est encore ouvert et dépend beaucoup des personnes qui ont le pouvoir de décision.

### 2. Acteurs de proximité et place du marché

Nous souhaitons que des acteurs de proximité solides se développent. En effet, mettre en place la loi requiert de disposer d'acteurs de proximité capables d'agir, qu'ils soient associatifs ou autres, les montages pouvant être très divers. Quoi qu'il en soit, il convient de s'assurer que la dignité, notion cruciale dans le domaine de la dépendance, soit au cœur des pratiques des professionnels qui interviennent et de leur formation. Il serait regrettable que le marché s'accapare trop ce secteur avec des préoccupations différentes de celles de l'intérêt et la dignité des personnes aidées.

### 3. Prise en charge à domicile et formation des professionnels

Toutes les remontées dont nous avons connaissance confirment l'intérêt pour le maintien à domicile, non pas comme dans une prison mais dans un environnement connu. La question du curseur est, là encore, présente: jusqu'à quand rester à la maison? Cela nécessite des diagnostics pertinents et affinés et une formation de qualité pour les professionnels. Sur ce sujet comme d'autres, ils attirent notre attention sur la compétition entre les métiers ou la démographie professionnelle. Pour faire un parallèle un peu rapide, un jeune en formation aujourd'hui va-t-il s'orienter vers les métiers de la petite enfance ou ceux d'aide dans le champ de la dépendance? Il nous faudra donc veiller collectivement à mettre en place des dispositifs permettant de faire face à la masse des personnes en situation de dépendance.



## TABLE RONDE N° 1

### 4. Les aidants familiaux

En amont, se trouvent les aidants familiaux. L'Unaf est évidemment, et c'est une philosophie de fond, favorable à la responsabilité familiale, des parents vis-à-vis de leurs enfants, mais aussi en sens inverse. Dans la mesure du possible, nous aspirons à ce que les enfants puissent accompagner leurs parents, ce qui nécessite des dispositifs d'accompagnement. Dans le cadre de l'entreprise aussi, avant de parler des contrats dépendance pour le salarié qui rencontrera ce problème vingt ans après avoir quitté l'entreprise, la question qui se pose aujourd'hui, est celle du traitement dans les entreprises des salariés qui sont déjà aidants familiaux et doivent aider leurs parents le soir après le travail.

Dans mon entreprise, certains de mes collaborateurs se trouvent dans cette situation et vivent une véritable souffrance dans leur situation professionnelle. Ils sont prises entre deux feux : d'une part, le souhait de faire convenablement leur travail et de s'y investir, puisque les messages entrepreneuriaux sont relativement clairs, et d'autre part, de devoir porter, pour les plus jeunes d'entre eux, l'enfant malade, et pour ceux qui ont 50 ou 60 ans, pas encore à la retraite, leurs parents âgés qui attendent le soir leur venue pour pouvoir manger. C'est donc une question très concrète sur laquelle nous souhaiterions que les lignes bougent aujourd'hui.

J'ai peut-être été trop long, mais je vous ai fait partager ma motivation et celle de mon institution sur le sujet.

#### M. Patrick LELONG

Les questions que vous posiez feront l'objet de la deuxième table ronde.

### DÉBAT AVEC LA SALLE

#### M. Jean-Pierre JUBIN

J'étais Vice-Président de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) pendant huit ans, et, concernant le handicap,

je trouve que l'OCIRP réalise des actions remarquables, notamment l'organisation depuis quatre ans du prix OCIRP pour les handicapés, dont je fais partie du jury.

Un chemin de vie continue avec la dépendance. Les deux thèmes absolument fondamentaux qui se rejoignent sont bien les questions de priorité et de dignité. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt l'adjoint au maire de la ville de Lyon, et la situation est d'ailleurs identique dans la ville de Toulouse. Il a noté de façon primordiale qu'en se battant pour rendre les villes accessibles aux fauteuils roulants, on les a en fait rendues accessibles pour tous, notamment pour nos anciens. Les handicapés sont confrontés aux mêmes problèmes qu'eux, certes plus tôt.

Par ailleurs, le phénomène de la dépendance fait découvrir ce qu'est le handicap à des personnes qui n'en avaient aucune idée. Il faut donc préparer psychologiquement les personnes qui partent à la retraite à être confrontées à ces difficultés. En effet, bien que jeune retraité, je suis encore président du Conseil d'administration d'un centre de formation interrégional qui s'occupe de la formation des employés de caisses de Sécurité sociale (Urssaf, CPAM, Caf, etc.). Nous avons maintenant instauré un module de préparation à la retraite.

En effet, quand je disais que j'allais partir en retraite, on me conseillait de continuer à « bouger » en me citant l'exemple d'une personne qui n'en avait profité que pendant deux ou trois ans. La prévention est donc, là encore, essentielle. Les anciennes Crav, devenues Caisse de retraite et de santé au travail (Carsat), commencent aussi à en prendre conscience et des associations se développent en leur sein. Dans la région Midi-Pyrénées, une association s'est montée avec des personnes qui appartenaient précédemment à la vie active et qui, devenues retraitées, sont maintenant au courant de tout ce qui se passe dans leur région grâce à la Carsat. Mille personnes font actuellement partie de cette association et maintiennent ainsi une activité.

Lorsque l'on prend sa retraite, le maître mot est « bouger ». Je m'en suis rendu compte et applique ce principe. Enfin, je souhaiterais remercier l'OCIRP, ses composantes et les intervenants, d'organiser ce genre de journée.



## TABLE RONDE N° 2

ASSURER LE RISQUE  
PREMIÈRE SÉQUENCE

### Participant à cette table ronde :

- **Agnès CANARELLI**, sous-directeur des assurances de personnes, Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA);
- **Gérard ANDRECK**, président, Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (Gema);
- **Bertrand BOIVIN-CHAMPEAUX**, directeur prévoyance et retraite supplémentaire, Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP);
- **Jean-Martin COHEN SOLAL**, directeur général, Mutualité Française;
- **Bernard ENNUYER**, sociologue et directeur de l'association « Les amis service à domicile ».

### M. Jérôme PORIER

Bonjour à tous, je suis le responsable du *Monde Argent*, le supplément du *Monde* consacré aux finances personnelles. Nous allons tout de suite démarrer la deuxième série de tables rondes, consacrée aux assureurs, aux mutuelles et aux institutions de prévoyance. Je vous propose donc de vous présenter rapidement.

### M. Bernard ENNUYER

Je suis directeur d'un service de maintien à domicile et sociologue.

### M<sup>me</sup> Agnès CANARELLI

Je travaille à la FFSA et suis en charge des sujets liés à la dépendance.

### M. Gérard ANDRECK

Je suis président du Gema et de la Macif.

### M. Jean-Martin COHEN SOLAL

Je suis directeur général de la Mutualité Française, la fédération des mutuelles santé.

### M. Bertrand BOIVIN-CHAMPEAUX

Je suis directeur prévoyance et retraite supplémentaire au CTIP.

## RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE DU CINQUIÈME RISQUE

### M. Jérôme PORIER

Bernard ENNUYER, nous avons fait appel à vous pour faire une courte présentation visant à recadrer les débats. Le gouvernement va donc s'attaquer à la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie. Vous nous direz comment vous voyez ce sujet, mais vous avez d'abord voulu faire une mise en point concernant les termes employés.

### M. Bernard ENNUYER

#### 1. Terminologie

Je remercie la personne de la salle qui a demandé que les mots « dépendance » et « perte d'autonomie » soient bannis. Je m'y emploie depuis trente ans en espérant que, dans trente ans, le but sera atteint. Nous sommes tous dépendants car tous interdépendants. Nos amis philosophes nous disent que la perte d'autonomie n'est jamais sûre et que, même vis-à-vis des personnes souffrant d'une incapacité psychique majeure, il est possible de faire ce que certains sociologues appellent le « pari du sens », c'est-à-dire le pari qu'il y a encore une parcelle d'autonomie.

Ces mots de « dépendance » et de « perte d'autonomie » sont donc très mauvais, et je regrette que les Français ne



## TABLE RONDE N° 2

connaissent pas les termes utilisés à l'international, c'est-à-dire les « soins de long terme », ni la classification internationale. Celle-ci parle de déficiences, d'incapacités ou de limitations d'activité, qui engendrent des défauts de participation à la vie sociale quand elles sont mal compensées. Pour parler des personnes qui ne vont pas bien, et j'apprécie le concept de « fragilité » dont a parlé Françoise FORETTE tout à l'heure, on peut dire que certaines personnes « ont des incapacités physiques ou psychiques » et « ont besoin d'aide ». C'est un peu plus long que « personnes dépendantes » mais beaucoup plus clair.

Pour rejoindre la dernière intervention, nous sommes tous plutôt d'accord pour parler de situations de handicap quel que soit l'âge. Cela signifie que des déficiences peuvent être compensées par l'environnement, et qu'il n'y aura plus alors de handicap social, tandis que d'autres déficiences et incapacités seront majorées par l'environnement, entraînant une maximisation du désavantage social ; d'où le rôle des dispositifs dont parlait Pierre HÉMON. Il serait intéressant que les Français prennent conscience qu'ils vivent en Europe et dans le monde, et que des classifications internationales existent et peuvent être utilisées. Cela nous évitera d'utiliser ces mots de « dépendance » et de « perte d'autonomie », sauf pour parler de moi évidemment.

### 2. Le débat sur le cinquième risque ne doit pas être réduit à sa dimension financière.

Quand on m'a demandé d'intervenir sur le cinquième risque, un terme un peu confus, je suis allé chercher le premier discours de Nicolas SARKOZY candidat, dont la divergence avec le discours de SARKOZY président le 16 novembre 2010 suscite le débat que je souhaiterais mener avec vous.

En mars 2007, le candidat SARKOZY avait annoncé que, s'il était élu, il créerait une nouvelle branche de protection sociale pour consacrer suffisamment de moyens afin de permettre aux personnes qui le souhaitent de rester à domicile. Il n'y avait pas de spécification d'âge dans cette

intervention, et la fameuse « barrière d'âge » sera ensuite évoquée. Dans le discours du candidat se retrouvait, me semble-t-il, l'esprit de la Sécurité sociale de 1945 et du rapport Laroque de 1962. Celui-ci préconise que les personnes souffrant d'incapacité ou qui vieillissent, gardent leur place d'acteurs sociaux.

Le 16 novembre 2010 à 21h15, le président SARKOZY affirme qu'il créera une nouvelle branche de Sécurité sociale, un cinquième risque, mais enchaîne aussitôt en annonçant une grande consultation, essentiellement pour faire face au déficit de financement colossal, et il termine sa phrase en déclarant : « *Nous sommes dans une impasse financière considérable* ». D'un projet de société, nous voilà donc réduits à une question de financement. Cela m'insupporte.

Ce matin, lors de l'interview de Roselyne BACHELOT sur France Info, la journaliste lui a proposé de parler du financement. Je suis navré, mais la question du financement ne devrait pas être abordée en premier, mais en temps opportun. Cette question d'accompagnement des « plus fragiles » – un terme que j'affectionne puisque nous pouvons tous l'être à un moment donné –, ne consiste ni plus ni moins que dans un projet de société : il est nécessaire de rediscuter le « contrat social » ou le « pacte social ».

### 3. La modification du contrat social au-delà de la question du financement

En 1945, la Sécurité sociale couvrait quatre risques, en réalité des risques de pertes de salaire, à savoir la maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la famille et la vieillesse. Sont ensuite survenus les états chroniques incapacitants et invalidants, une nouveauté des années 50 et 60, dus aux progrès de la société qui permettent à des personnes de continuer à vivre, alors que cela aurait été impossible il y a cinquante ans. Le contrat social s'en trouve modifié.

L'individualisation des sociétés constitue la seconde modification du contrat social. Nous souhaitons tous vivre davantage en tant qu'individus, au travers de ce que



## TABLE RONDE N° 2

la loi de 2005 appelle un « projet de vie personnalisé ». Comment le collectif peut-il s'adapter à des projets de vie individualisés multiples ? N'y a-t-il pas un risque d'éclatement de la cohésion sociale à travers la légitimité donnée aux individus à vouloir atteindre le bonheur ? Je crois que Saint-Just disait que la révolution devait s'arrêter à la perfection du bonheur ; aujourd'hui, nous avons promis le bonheur aux gens, et ils y croient. Peut-être n'aurait-on pas dû le leur promettre...

Il faut aujourd'hui retrouver un équilibre entre la liberté individuelle et, je pèse mes mots, une discipline ou une contrainte collective. Ces mots fâchent ; en m'exprimant ainsi, je suis – paraît-il – réactionnaire, mais j'assume cette attitude. Aujourd'hui, la démocratie n'existe pas sans droits et sans règles collectives. La question des plus fragiles dépasse largement le problème financier, par exemple celui d'une augmentation de l'APA, même si j'y suis favorable. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a estimé, en 2007, qu'il faudrait créer un droit universel à une prestation personnalisée de compensation pour le maintien de l'autonomie dans les gestes de la vie courante et le maintien de la participation à la vie sociale. La mise en place de cette prestation permettrait, comme le disait Pierre HÉMON, d'éviter le confinement, un problème que je connais bien comme directeur de service à domicile : en voulant trop bien faire, on risque d'isoler.

Au-delà de la réclamation d'un droit universel, il s'agit de revoir l'ensemble du système. Un dernier rapport du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie (HCAAM) traite de la notion de soin global. Il y est question de santé publique et de contrat social : il s'agit de revoir le soin globalement, l'articulation entre les soins de ville et l'hôpital, la prévention qui est « massacrée » en France. Quand, par exemple, le rapport Rosso-Debord préconise de retirer la prévention au groupe Iso-Ressources 4 (GIR 4), il s'agit d'une stupidité du point de vue de la prévention, alors que deux pages avant, le rapport se prononce en faveur de ladite prévention. La France n'est pas non plus en pointe sur la question de l'évaluation.

Nous devons mettre à profit le débat qui s'ouvre pour les six prochains mois, en tant que citoyens, pour essayer de

déterminer comment nous voulons vivre ensemble. Nous devons nous poser des questions de financement, de choix politiques : où investir l'argent ? Nous devons également nous demander quelles nouvelles règles nous voulons mettre en place. La société actuelle demande, je crois, que l'on refonde un contrat social dans l'esprit de 1945, en tenant compte de l'évolution de la société. Voilà le travail qui nous attend, et je vous incite à y prendre part avec nous.

### LE POSITIONNEMENT DES ACTEURS DE L'ASSURANCE SUR LE CINQUIÈME RISQUE

**M. Patrick LELONG**

Vous avez donc compris qu'avant de parler de financement, nous estimons préférable de nous intéresser au contenu de ce cinquième risque. Nous avons la chance d'avoir les quatre représentants des principales familles d'acteurs : la FFSA pour les sociétés d'assurance, le Gema pour les mutuelles d'assurance, la Mutualité Française et les institutions de prévoyance.

Quand je vous vois réunis, je pense à cette phrase de Sacha GUITRY à propos de l'Académie Française : « *ils sont quarante à penser comme quatre* ». Nous sommes dans une situation inverse : vous êtes quatre à représenter au moins une quarantaine d'institutions de prévoyance, plus la Mutualité Française. Cette configuration est idéale.

Nous souhaiterions savoir comment vous voyez le cinquième risque, quelles sont vos priorités, puisque nous avons bien compris qu'il correspondait à une enveloppe globale. Le danger est que cette enveloppe ne soit que « cosmétique », et qu'elle ne serve pas à grand-chose. Des voix s'élèvent même pour affirmer que rien ne sera fait, ou pas tout de suite. Avez-vous chacun, selon vos sensibilités, des aspects spécifiques à défendre ?



## TABLE RONDE N° 2

### 1. Les sociétés d'assurance

#### M. Jérôme PORIER

Que souhaitez aujourd'hui les assureurs et quelles sont leurs priorités ?

#### M<sup>me</sup> Agnès CANARELLI

Tout d'abord, je vous prie d'excuser l'absence de mon président.

Les organismes d'assurance couvrent 5 millions de personnes : la dépendance est donc un risque que nous connaissons et savons assurer.

#### M. Jérôme PORIER

Plus précisément, 3 millions de personnes sont couvertes à travers des contrats collectifs, et 2 millions à travers des contrats individuels.

#### M<sup>me</sup> Agnès CANARELLI

Absolument. La collecte annuelle est d'environ 500 millions d'euros, dont 75 % au titre des sociétés d'assurance. Les assureurs ont donc des possibilités en termes d'offre.

Par ailleurs, ce risque est un risque de long terme. Nous verrons arriver en état de dépendance ou de perte d'autonomie, d'ici à vingt ou trente ans, des personnes issues du baby-boom. Durant ce laps de temps, un préfinancement du risque peut être mis en place. Nous ne serons par ailleurs pas tous en perte d'autonomie : c'est donc un risque qui se prête particulièrement bien à la mutualisation entre assurés.

La FFSA pense qu'il faut apporter une réponse aux cas les plus sévères, c'est-à-dire la dépendance lourde, car c'est la plus coûteuse et la plus douloureuse. Nous avons l'idée de développer un partenariat public-privé en

termes de référentiels du risque, d'évaluation et de définitions. Il est toutefois très difficile de fixer une position pour un débat qui doit durer six mois, et de faire appel à tous les partenaires. Pour nous, sociétés d'assurance, il faut que la couverture soit universelle, c'est-à-dire que les personnes aient le choix de leur vecteur d'assurance, que ce soit en santé, en retraite et en termes d'organismes d'assurance.

#### M. Jérôme PORIER

L'un des reproches les plus fréquents envers les assureurs concerne la prise en charge de la dépendance partielle. Que peut-on faire pour améliorer cette couverture ?

#### M<sup>me</sup> Agnès CANARELLI

De nombreux contrats couvrent aujourd'hui la dépendance partielle. Le socle du contrat consiste souvent en une garantie de rente viagère en cas de dépendance lourde. En cas de dépendance partielle, peuvent être versés :

- une rente, éventuellement un pourcentage de la rente en dépendance lourde ;
- un capital équipement pour le logement ;
- d'autres prestations plus adaptées à une perte d'autonomie plus légère.

#### M. Jérôme PORIER

Pensez-vous que l'État doit intervenir pour labelliser les produits d'assurance dépendance ?

#### M<sup>me</sup> Agnès CANARELLI

Cela dépend de ce que l'on entend par le terme « labellisation ». Je pense en tout cas qu'un référentiel commun d'évaluation du risque est nécessaire. Cela me semble évident si on souhaite une prise en charge compréhensible par toutes les parties.



## TABLE RONDE N° 2

### 2. Les mutuelles d'assurance

#### M. Jérôme PORIER

Gérard ANDRECK, partagez-vous l'opinion d'Agnès CANARELLI ? Quelles sont les priorités des mutuelles d'assurance ?

#### M. Gérard ANDRECK

De nombreuses différences existent entre la posture de la FFSA et les mutuelles d'assurance du Gema, bien qu'elles se préoccupent aussi de la perte d'autonomie.

Le rapport Rosso-Debord nous a beaucoup inquiétés, dans la mesure où il semblait signifier la déliquescence de la procédure APA et une privatisation extrême de ce sujet, faute de moyens de l'État. Ce rapport s'ajoutait à une suite de péripéties assez dramatiques. Comme le rappelait Monsieur ENNUYER, depuis le discours de campagne du Président de la République, plusieurs rapports ont été publiés, les ministres ont adopté des positions très différentes, Xavier BERTRAND et autres. J'ai estimé que « la coupe était pleine » : le débat devenait incompréhensible, et l'on ne peut donc pas présumer de la réponse des mutuelles à ce véritable problème de société.

Comme l'adjoint au Maire de Lyon, je pense que le rapport Rosso-Debord n'est pas bon, et qu'il a suscité plus d'inquiétudes par ses propositions qu'il n'a apporté de réponses.

#### M. Jérôme PORIER

Quelles sont les propositions qui vous inquiètent ?

#### M. Gérard ANDRECK

La proposition de créer soit un fonds privé, soit d'instaurer une assurance obligatoire, m'inquiète. Une assurance obligatoire est normalement créée lorsque l'on a une

responsabilité vis-à-vis d'autrui. En l'occurrence, il s'agit là d'une responsabilité vis-à-vis de soi-même, et peut-être vis-à-vis de sa famille. Le meilleur exemple d'assurance obligatoire est l'assurance-automobile ou celle demandée pour la location d'une maison. Je n'ai donc pas compris comment cette assurance obligatoire pouvait être mise en œuvre.

Tout d'abord, comment vérifier que cette obligation d'assurance est respectée ? Nous nous trouvons donc face à une véritable « usine à gaz ». Par ailleurs, quand une obligation réglementaire n'est pas respectée, une sanction est normalement appliquée : quelle serait-elle ? Imaginez donc une personne n'ayant pas souscrit un contrat dépendance et se trouvant en situation de perte d'autonomie : que lui arrivera-t-il ? On nous a tout à l'heure présenté un sondage dans lequel apparaissait la question du retour vers le patrimonial, mais je ne vois pas comment l'opérer.

Ensuite, l'âge prévu entre les lignes pour adhérer à cette assurance obligatoire, 50 ans, crée un problème d'actuariat. À 50 ans, les cotisations ou les primes seront prohibitives et accentueront le non-respect de l'obligation d'assurance. *De facto*, des personnes seront exclues du système.

Je pense donc qu'à la fois dans le principe et dans les modalités proposées, des anomalies flagrantes apparaissent. Je crois que, s'il est très difficile de mettre en place des règles obligatoires et si l'on veut vraiment s'attaquer à un problème de société, il ne faut pas mettre en place une couverture qui fasse le bénéfice de certains assureurs. En effet, je pense que, s'il est normal que les assureurs fassent leur métier et prennent des marges significatives, on nous demande parfois d'exercer un métier se rapprochant plus de la gestion de problèmes sociétaux. Dans ces cas-là, nous devons pratiquer des tarifs proches du prix de revient. J'ai bien peur que si l'on passe complètement au privé, ce système n'accroisse les écarts.

Les propositions du Gema ne sont pas encore définitives, puisque nous allons tout de même être sages, participer au débat et écouter les propositions des autres familles. Nous pensons que si l'obligation d'assurance est



## TABLE RONDE N° 2

impossible, la complémentaire santé, très répandue actuellement et pour laquelle existent des aides, pourrait servir de support à une bonne gestion de la dépendance. Nous suggérons donc de passer par la complémentaire santé et d'adapter, à partir de là, une offre dépendance. Deux questions émergent : la prestation doit-elle être annuelle ou viagère ? Quel coût aura cette assurance ? Certaines expériences dans la fonction publique ont montré que la mise en place d'une assurance de ce type était possible.

### 3. La Mutualité Française

#### M. Jérôme PORIER

Justement, Jean-Martin COHEN SOLAL, vous représentez la Mutualité Française. Partagez-vous les inquiétudes exprimées par Gérard ANDRECK ?

#### M. Jean-Martin COHEN SOLAL

##### Le problème du financement

Effectivement, les mutuelles santé et les mutuelles d'assurance du Gema sont proches dans leurs réflexions, lesquelles sont d'ailleurs parfois communes. Nous partageons en grande partie les analyses et propositions de nos « cousins » du Gema.

Certes, il ne faut pas parler uniquement d'argent, mais certains constats simples doivent être dressés. Peut-être ces sujets ont-ils été évoqués précédemment, mais j'étais absent au début du débat. La retraite moyenne en France s'élève à environ 1 000 euros par mois pour une femme, à 1 700 euros pour un homme, soit 1 400 euros par mois hommes et femmes confondus. En raisonnant en termes globaux, le coût moyen de la dépendance est de 1 300 euros par mois en établissement, 1 800 euros par mois à domicile. Il apparaît ainsi immédiatement l'écart entre la retraite moyenne et le coût de la dépendance en établissement ou à domicile. Une grande diversité de coûts existe d'ailleurs, entre Paris et la

province, entre les établissements privés, publics ou mutualistes, ces derniers modérant les coûts.

Dans le domaine de la perte d'autonomie ou de la dépendance – et je suis d'accord concernant la nécessaire modification de ces termes –, le tissu existant est en mauvais état, pour plusieurs raisons :

- l'état des finances publiques ;
- le financement de l'APA par les départements, qui sont en grande difficulté, comme la CNSA ;
- la situation des associations intervenant sur le terrain, qui sont également en grande difficulté ;
- le problème de la formation et de la rémunération des intervenants.

Les pouvoirs publics veulent que nous prenions en charge ce problème, ce cinquième risque, mais nous ne sommes pas convaincus, comme le disait Gérard ANDRECK tout à l'heure, que les moyens soient au niveau des enjeux. Il existe une déconnexion permanente entre les enjeux de société qui nous sont imposés et les moyens qui sont mis à notre disposition, l'axiome de base étant de ne pas augmenter les financements. Nous devons ainsi faire plus avec autant d'argent. J'insiste donc sur l'état de souffrance des intervenants sur le terrain, nombreux dans le domaine mutualiste.

La Mutualité Française regroupe quasiment toutes les mutuelles santé, qui couvrent déjà le risque dépendance pour beaucoup d'entre elles. Les mutuelles, notamment de la fonction publique, ont une expérience dans ce domaine et comptent bien poursuivre leur action. Elles ont aussi une expérience au niveau de la prévention sur le terrain et de l'offre de soins : elles gèrent effectivement des établissements pour personnes âgées et des services à domicile. Elles possèdent donc une expérience de la garantie dépendance, de la prévention et de l'offre de soins.

##### Les propositions

Tout d'abord, je suis d'accord pour caractériser la dépendance comme un problème de société, lié aussi à la maladie. Je suis médecin généraliste, et j'ai constaté



## TABLE RONDE N° 2

qu'une personne dépendante a généralement un problème de santé. Déconnecter soin et dépendance s'éloigne de la « vraie vie ». Le rapport du HCAAM a fort bien lié les deux ; il préconise de corréliser la prise en charge de la dépendance liée au grand âge à la prise en charge du soin. Pour cette raison, il faut améliorer et adapter le système de soins, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, aux enjeux de demain, notamment la prise en charge du grand âge. Nous sommes aujourd'hui dans un système qui a totalement cloisonné la prévention, le soin, l'assurance et le médico-social. Là encore, ce n'est pas la « vraie vie ».

Les médecins de terrain – je l'ai été pendant longtemps – sentent que les patients sont désorientés. Quand on organise un système de santé, il faut penser non pas au financement ou aux structures, mais aux patients. Or, le patient passe de façon rapide d'une situation à l'autre. Nous pensons donc qu'un lien avec la complémentaire santé est nécessaire dans le cadre de la prise en charge de la dépendance. Une des solutions possibles est l'inclusion de la garantie dépendance dans les complémentaires santé ou les contrats responsables – ou du moins ce qu'il en reste après les prises de position récentes du gouvernement sur la taxation des contrats responsables.

Comme Gérard ANDRECK, nous pensons qu'il faut y recourir, compte tenu du coût, le plus tôt possible et avec une base de mutualisation large. Plus la base de mutualisation sera large, plus le coût sera acceptable. Actuellement, les coûts des complémentaires santé subissent une véritable tension accrue chaque jour par des taxes nouvelles et des transferts nouveaux. En effet, les taux de remboursement des médicaments risquent de baisser encore à la suite des décrets prêts à sortir ; cela augmentera encore le coût des complémentaires santé et la charge des classes moyennes.

Par ailleurs, il est indispensable d'agir en matière de prévention. Comme cela a été dit tout à l'heure, ne pas travailler sur le GIR 4 est une erreur profonde. Nous savons bien que le manque de prévention en matière de dépendance risque de conduire à une dépendance de plus en plus lourde : il faut donc inclure la prévention dans les prestations dépendance.

Il faut une évaluation des besoins avec une collaboration public-privé : cette évaluation n'est possible qu'en commun. Nous avons besoin d'un pilotage commun des règles d'éligibilité. Il n'est pas question que l'intervenant privé fixe ses règles d'éligibilité. Nous pensons fondamentalement que les assureurs privés, mutualistes ou commerciaux, ne doivent arriver qu'en appoint d'une aide publique. Nous estimons qu'il faut un socle public général pour tous comme pour la santé, quoique peut-être moins important, et que les contrats privés n'arrivent qu'en complément.

Il s'agit selon nous effectivement d'un problème de solidarité nationale nécessitant de revisiter le pacte social. Pour moi, il s'agit bien d'un problème de société, et vous avez raison de poser la question en ces termes et non en termes de gestion assurantielle. En effet, je crains toujours que lorsque l'on parle d'assurance, le débat de société ne soit confisqué par les actuaires, alors qu'ils ne peuvent construire un projet de société ; ils ne doivent être qu'un outil au service d'un contrat de société.

### 4. Les institutions de prévoyance

#### M. Jérôme PORIER

Bertrand BOIVIN-CHAMPEAUX, vous vous exprimez au nom du CTIP. Êtes-vous d'accord avec cette idée d'un socle de solidarité commun, avec éventuellement des mutuelles complémentaires sur le modèle des complémentaires santé ?

#### M. Bertrand BOIVIN-CHAMPEAUX

Au CTIP, nous sommes gérés par les partenaires sociaux, et n'avons donc pas à arbitrer ce type de questions. Comme l'a dit Jean-Martin COHEN SOLAL, ce sont des arbitrages politiques qui doivent être opérés entre une multitude de solutions discutées depuis plusieurs années maintenant.

Par contre, le CTIP peut faire valoir l'expérience que détiennent les institutions de prévoyance dans la gestion



## TABLE RONDE N° 2

des régimes collectifs de perte d'autonomie ou de soins de longue durée. Pour reprendre les chiffres précédemment évoqués, l'ensemble du secteur représente 5 millions de contrats. Mais lorsque l'on parle de 3 millions de contrats collectifs, il convient de rester prudent puisqu'il s'agit souvent des contrats collectifs à groupe ouvert, donc pas forcément uniquement des contrats d'entreprise et de branche. Les institutions de prévoyance gèrent en fait, au titre de ces régimes de branche ou d'entreprise, 300 000 salariés. Sur l'ensemble du marché, il n'y a en tout qu'environ 500 000 salariés couverts au titre de contrats dépendance.

L'intérêt de mettre en place des contrats en entreprise pour un risque de dépendance aussi éloigné dans le temps, réside dans la possibilité qu'offrent ces contrats de préparer ce risque. En effet, le financement nécessaire est assez important, et plus la cotisation démarre tôt, plus le coût diminue. Pour que ce mécanisme fonctionne, il faut que les droits acquis soient conservés. Différentes formules existent de ce point de vue : soit le salarié quittant l'entreprise pour partir à la retraite dispose d'un droit à rente viagère en cas de perte d'autonomie ; soit, comme le propose le produit OCIRP et d'autres institutions de prévoyance, le salarié se constitue progressivement ce droit de rente en cas de perte d'autonomie.

Comme l'a montré le Baromètre en début de matinée, on voit que le besoin existe, mais que la façon de le couvrir est incertaine. Pour le couvrir tôt, il est nécessaire de faire preuve de pédagogie et d'expliquer que les produits mis à la disposition des salariés permettent de se constituer un droit qui ne sera pas perdu en cas de dépendance au-delà de la vie en entreprise. Cette « portabilité » est très importante.

Si le marché est considéré aujourd'hui comme attentiste, nous avons vu un certain nombre d'entreprises et de branches mettre en place ces dispositifs depuis quatre ou cinq années. Nous sommes passés de 10 à 20 millions d'euros de cotisations sur ces contrats en collectif ; cela représente certes peu par rapport aux 450 millions d'euros du marché de l'assurance dépendance dans son ensemble, mais la démarche est

tout de même significative et a doublé ces cinq dernières années. Par ailleurs, de nouveaux contrats importants ont été signés en 2010, notamment dans des branches. Aujourd'hui, quels que soient les choix du gouvernement à l'avenir, il est donc possible de sensibiliser les individus et de se constituer des droits.

Pour éclairer techniquement le débat, il existe deux principaux panels de solutions : d'une part, la mutualisation obligatoire apporte une réponse pour les personnes ayant un besoin immédiat ; d'autre part, la solution « assurantielle », qui a des effets à plus long terme, permet d'anticiper mais n'a pas d'effet immédiat, puisqu'un délai de quatre à dix ans est nécessaire avant sa mise en place. Néanmoins, nous connaissons le coût de la solution de mutualisation aujourd'hui, mais pas celui de demain. Pouvons-nous affirmer que le coût ne changera pas ? Si c'était le cas, cette option aurait déjà été adoptée. Nous sommes donc confrontés à un problème de pilotage d'une possible dérive du coût dans le temps.

Dans le cadre de contrats d'assurance, des techniques peuvent être mises en place pour assurer un équilibre financier. C'est donc un bon outil de préparation à long terme des situations de dépendance. Je n'ai évidemment pas de solution toute faite à proposer ; le choix est politique et il doit être effectué dans les mois à venir.

### M. Patrick LELONG

Bernard ENNUYER, on voit que chacun réclame une solidarité, mais, derrière, se pose la question du « dosage ». On ne peut pas faire fi de ce problème de société, ni éviter un débat pour savoir de quoi l'on parle exactement, pour discuter des normes servant de référence et pour déterminer si les grilles GIR sont suffisantes. Au-delà de la solidarité nationale, la couverture en complément, individuelle ou collective, sera plus ou moins étendue selon les vœux de chacun des intervenants du débat.

Dans tous les cas de figure, ce débat doit avoir lieu, et l'on ne doit pas se limiter à une réponse étroitement comptable.



## TABLE RONDE N° 2

### M. Bernard ENNUYER

Je récuse le terme de « problème de société », car il signifierait que les personnes fragiles posent problème. En réalité, tous les citoyens posent problème. Les sociétés ont dû inventer de nouvelles façons de vivre, et c'est ce que nous devons faire maintenant.

Je voulais par ailleurs revenir sur le rapport Rosso-Debord et le maintien de la barrière d'âge. Aujourd'hui, un outil d'évaluation pour les 60 ans et plus existe, le monstrueux outil AGGIR, et je pèse mes mots. Je suis effectivement un « anti-AGGIR primaire », comme le dit Jean-Marie VETEL, le créateur d'AGGIR. Par ailleurs, pour les personnes ayant besoin de la prestation de compensation du handicap, on utilise le guide d'évaluation multidimensionnelle, qui a d'ailleurs perdu l'adjectif « multidimensionnelle ». Ce guide est articulé à la classification internationale.

Si nous voulons aujourd'hui parler un langage commun, pouvons-nous créer des outils nous permettant de nous comparer aux autres pays, qui n'utilisent pas l'outil AGGIR ? Allons-nous finalement régler le sort de ce fameux article 13 de la loi de 2005, qui prévoyait la suppression de la barrière d'âge à 60 ans ? Aujourd'hui, elle crée une discrimination fondamentale contraire à tous les traités européens signés par la France. Sortira-t-on de cet anti-européanisme et de cette « pénalisation » des personnes âgées ? Le rapport Rosso-Debord ne se positionne pas sur ce point, alors que cette question, est pourtant fondamentale.

### M. Jérôme PORIER

Agnès CANARELLI, sur la question de l'évaluation de la dépendance par les assureurs, il y a une critique récurrente : comment faire en sorte que les experts mandatés par les assureurs se rapprochent de la classification administrative ?

### M<sup>me</sup> Agnès CANARELLI

En amont, des groupes de travail entre les organismes d'assurance et la CNSA sur les référentiels d'évaluation ont déjà été mis en place. Dans ces groupes, auxquels participaient les conseils généraux, les assureurs ont expliqué leurs méthodes d'évaluation, tout comme les conseils généraux, et nous nous sommes aperçus que les différences étaient minces. Il serait donc tout à fait possible d'aboutir à un référentiel commun d'évaluation.

### M. Jérôme PORIER

Pensez-vous que ce sera l'un des fruits de la réforme qui s'annonce ?

### M<sup>me</sup> Agnès CANARELLI

J'ai très peu d'informations sur la réforme à venir. Je sais seulement qu'au cours de la concertation de six mois, tous les acteurs seront amenés à rentrer dans le débat et à faire part de leur position ; je ne souhaite pas préempter le débat.

À cette table, je présente les deux défauts d'être une femme et d'être actuaire. Il me semble néanmoins que c'est une question de bon sens que de mettre en place un référentiel commun d'évaluation si un partenariat public-privé se développe.

### M. Bertrand BOIVIN-CHAMPEAUX

Je peux compléter, puisqu'à l'initiative notamment de Pierre-Alain DE MALLERAY, alors au cabinet du ministre Xavier DARCOS, des groupes de travail ont été formés pour permettre un dialogue entre les conseils généraux et les organismes d'assurance et prévoyance au sens large. Le dialogue a été très constructif, puisque tout le monde est d'accord pour faire converger le référentiel. Il existe clairement deux angles d'approche. D'une part, les conseils généraux qui ont leurs propres contraintes pour l'évaluation, et d'autre part, les organismes d'assurance, qui fonctionnent dans un mode contractuel



## TABLE RONDE N° 2

et ont leurs contraintes. L'idée était de faire dialoguer ces deux mondes, qui ont appris à comprendre les priorités de la partie d'en face, ce qui a permis de faire émerger des propositions à l'issue de ces groupes de travail.

Par ailleurs, tous les assureurs ne fonctionnent pas selon la grille AVQ, et tous ne rejettent pas la grille AGGIR. Des organismes de prévoyance utilisent tout de même la grille AGGIR, un choix visant à se conformer à l'usage du secteur public et à se placer comme vraie complémentaire des aides publiques.

### M. Jérôme PORIER

Une question est posée par la salle sur un thème très polémique : ne peut-on envisager une prise en charge partielle sur les successions, sous une forme à définir ? C'est une des propositions du rapport Rosso-Debord.

### M. Bernard ENNUYER

Ce sujet est important pour le collectif auquel j'appartiens. Rappelons la proposition en question : pour les patrimoines supérieurs à 100 000 euros, soit un Français sur deux, effectuer une récupération allant jusqu'à 20 000 euros sur l'APA. Il s'agit donc, quand on touche l'APA, de rendre jusqu'à 20 000 euros sur son patrimoine. Cette somme est d'ailleurs celle versée en moyenne aujourd'hui au titre de l'APA, selon les enquêtes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Quand vous disposez d'un patrimoine, il ne vous servirait donc à rien de demander l'APA, à part si vous envisagez de rester de longues années en situation de handicap. Si vous pensez être dans cette situation pendant vingt ans, alors il est valable d'engager son patrimoine.

Nous considérons que c'est une double peine. Je rappelle que les personnes en incapacité subissent un aléa, et non une suite normale du vieillissement. Pour les plus jeunes, on considère le handicap comme un aléa, et nous pensons que c'est la même chose pour les 15 % de 80 ans et plus en situation d'incapacité importante ; il n'y a pas de raison de faire une différence dans le traitement

de ces deux aléas. En sus de la malchance de se trouver dans une situation incapacitante, ces personnes risquent d'être pénalisées fiscalement, et, d'être donc frappées d'une double peine. Nous sommes tout à fait favorables – et j'en ai discuté avec un syndicat sans doute présent dans la salle –, à la remise en place de droits de succession sur l'ensemble de la population, s'il faut trouver des financements, et pas seulement sur ceux qui se trouvent en difficulté.

### M. Jean-Martin COHEN SOLAL

Tout d'abord, je souhaiterais dire que je n'ai rien contre les actuaires – même s'il ne faut pas qu'ils monopolisent le débat, mais ce n'est pas le cas aujourd'hui –, et encore moins contre les femmes actuaires.

Par ailleurs, j'ai donné tout à l'heure des pistes de réflexion au nom de la Mutualité Française afin d'ouvrir le débat, sans que cela constitue des prises de positions. La Mutualité Française va en débattre et échanger avec les pouvoirs publics. Je ne voudrais d'ailleurs pas priver notre président de présenter des propositions fortes sur la dépendance, un sujet auquel il tient beaucoup.

Je partage tout à fait l'opinion de Bernard ENNUYER sur le recours sur succession. Ce thème présente trois défauts. Il serait tout d'abord bien plus simple et logique de taxer l'ensemble des successions. Ensuite, une fois que ce principe de recours sur succession est acté, pourquoi ne s'étendrait-il pas à d'autres risques, comme la santé, pour les personnes souffrant de maladies longues et coûteuses, comme le cancer par exemple ? On ouvrirait une porte qu'on ne pourrait refermer, et l'on ne comprend pas pourquoi on utiliserait le recours sur succession dans ce domaine et pas dans d'autres. Enfin, je crains que ce débat, très diviseur, ne masque le fond du sujet. En effet, si nous devons reprendre de l'argent sur les successions, créons une taxe générale. Par ailleurs, le seuil entre en jeu ; si nous l'accroissons au-delà de 100 000 euros, nous remarquerons rapidement qu'en France, le patrimoine est très concentré. À 300 000 ou 400 000 euros, nous verrons que les personnes ont les moyens de faire face à un problème de dépendance. Les personnes bénéficiant de moins de



## TABLE RONDE N° 2

1 700 euros par mois de retraite, celle-ci étant leur seule ressource, n'ont, de leur côté, pas de patrimoine à un niveau suffisant.

### M. Patrick LELONG

Il s'agit en fait de savoir si l'on va continuer de ponctionner les classes moyennes, qui sont d'ailleurs de moins en moins moyennes puisqu'elles supportent en grande partie l'absence de solutions. En effet, les personnes disposant de patrimoines élevés peuvent s'en sortir, grâce, justement, à ce patrimoine, et celles qui sont vraiment dans l'indigence sont aussi, d'une certaine manière, aidées. Le vrai problème concerne donc tout de même 80 % des Français, c'est-à-dire les classes moyennes.

### M. Jérôme PORIER

Je vous pose maintenant une question sur la barrière d'âge : est-il possible d'imaginer un dispositif prenant en charge à la fois le handicap et la perte d'autonomie ?

### M. Bernard ENNUYER

Il suffit de lire le rapport de la CNSA de 2007, qui a très bien travaillé, notamment le chapitre 6 « Solidarité pour l'autonomie », qui traite de la « convergence sans confusion ». On revendique là une égalité de droit, puisqu'il est anormal que 60 ans représente une rupture de droit. En revanche, il est évident qu'en termes de réponse, une différenciation s'impose selon que l'on parle d'un enfant de 5 ans ayant besoin d'un auxiliaire de vie scolaire pour aller à l'école, d'une personne de 35 ans tétraplégique victime d'un accident de moto devant se rendre à son travail, et d'une grand-mère de 85 ans victime d'un AVC. Mais l'égalité de droit ne doit pas entraîner une divergence de réponses.

Ce sera tout le métier des équipes d'évaluation et des plans d'aide. La CNSA souhaitait la mise en place d'un droit universel à une prestation de compensation personnalisée pour le maintien de l'autonomie dans les

gestes de la vie courante et la participation à la vie sociale. Il n'y a donc pas d'obstacle au niveau de l'évaluation à la mise en place d'un plan d'aide singulier en fonction de chaque projet de vie, en respectant l'égalité de droit.

### M. Jérôme PORIER

Cette question s'adresse à un ou une actuaire ; les assurances vont collecter des fonds aujourd'hui, mais auront-elles les moyens de financer le risque dans vingt ou trente ans ?

### M<sup>me</sup> Agnès CANARELLI

Le principe de l'assurance est d'avoir des engagements intégralement provisionnés. La cotisation sera donc placée, et au moment de la survenance du risque, le montant sera assez élevé pour payer les prestations pendant la durée probable du risque.

### M. Jérôme PORIER

De nombreuses incertitudes existent toutefois, concernant le progrès médical, Alzheimer, etc. Les assureurs peuvent-ils intégrer autant de facteurs inconnus ?

### M<sup>me</sup> Agnès CANARELLI

Les assureurs n'utilisent pas une boule de cristal pour déterminer les besoins futurs. La technique d'assurance consiste à récolter des données épidémiologiques dans le temps, faire des statistiques, et, à partir de là, trouver des lois de probabilité pour donner finalement un prix à la prestation future qui sera fournie. Effectivement, si de grandes avancées au niveau de la maladie d'Alzheimer surviennent, les assureurs en tiendront compte dans leur tarification. Les assureurs sont tout de même présents sur ce marché depuis trente ans, me semble-t-il ; si un assureur n'avait pas réussi à équilibrer ses risques, cela se serait vu assez rapidement.



## TABLE RONDE N° 2

### **M. Jérôme PORIER**

Toutefois, nous n'avons aucun recul sur les conséquences de la hausse de la précarité et de l'obésité.

### **M<sup>me</sup> Agnès CANARELLI**

Nous avons tout de même des données, notamment au niveau international et grâce à des suivis dans le temps. Il faudra attendre un certain temps toutefois pour obtenir les informations.



## TABLE RONDE N° 2

ASSURER LE RISQUE  
DEUXIÈME SÉQUENCE

### Participant à cette table ronde :

- **Jean-Pierre AUDRAN**, directeur des études prévoyance individuelle, groupe AG2R La Mondiale;
- **Pierre CELLOT**, directeur du développement entreprises-branches-partenariats, Groupe Mornay;
- **Dominique CHAIGNON**, directeur général adjoint, Union nationale de prévoyance de la Mutualité Française (UNPMF);
- **Franck GIRARDEAU**, directeur des services à la personne, groupe D&O;
- **Olivier TABARD**, directeur santé, groupe Novalis Taitbout.

### Jérôme PORIER

Je vous remercie également de vous présenter rapidement.

### M. Jean-Pierre AUDRAN

Je suis directeur des études prévoyance individuelle au groupe AG2R La Mondiale.

### M. Franck GIRARDEAU

Je suis directeur des services à la personne du groupe D&O.

### M. Dominique CHAIGNON

Je suis directeur général adjoint à l'UNPMF, plus connue sous le nom de Mutex.

### M. Pierre CELLOT

Je suis directeur du développement du Groupe Mornay. L'IPGM est l'institution de prévoyance du Groupe Mornay.

### M. Olivier TABARD

Je suis directeur santé du groupe Novalis Taitbout.

## L'EXPÉRIENCE TECHNIQUE DE 25 ANS D'ASSURANCE DÉPENDANCE

### M. Jérôme PORIER

Jean-Pierre AUDRAN, AG2R a été l'un des pionniers dans la mise en place de systèmes de protection contre la dépendance. Pouvez-vous effectuer un rappel historique ? Quand les premières assurances dépendance ont-elles été créées ?

### M. Jean-Pierre AUDRAN

Les premiers contrats ont été créés en 1985. Nous avons versé environ 10000 rentes, et notre expérience prouve que 25 ans ne sont pas tout à fait suffisants pour connaître le risque sur une génération. Il faut plutôt 30 à 40 ans, mais nous avons déjà obtenu un certain nombre d'informations, notamment sur le plan technique. Agnès CANARELLI l'a déjà évoqué.

Ma présentation sera peut-être fastidieuse, parce qu'elle porte sur les techniques d'assurance. Qu'est-ce qu'un contrat d'assurance perte d'autonomie ? La garantie viagère, qui me paraît la plus garantie pour l'assuré, souscrite par l'intermédiaire d'une mutuelle, d'une entreprise, d'une association ou par un individu, repose sur le principe suivant : vous cotisez à un prix déterminé à l'âge de votre adhésion, et vous toucherez une rente, fixée elle aussi au départ, quand vous serez dépendant. Vous pouvez partir quand vous le souhaitez, mais l'assureur n'a pas le droit de résilier votre contrat. Il ne faut effectivement pas que l'assureur annonce, après trente ans de cotisations, qu'il n'a plus les moyens de payer et qu'il résilie l'ensemble des contrats au moment où croît le nombre de personnes dépendantes.



## TABLE RONDE N° 2

Si à 50 ans, vous payez 20 euros pour obtenir une rente de 500 euros par mois, et que votre risque de devenir dépendant dans l'année de vos 50 ans est de 10 centimes d'euros, les 19,90 euros restants seront provisionnés par l'assureur, qui encaisse les cotisations. Nous obtenons une courbe ascendante d'encaissement des cotisations, qui redescend quand le nombre de personnes dépendantes augmente. En même temps, vers 60 ou 70 ans, une courbe de versement des prestations apparaît et croise l'autre courbe vers 60-75 ans.

Cela met en évidence la nécessité de provisionner correctement. En effet, si l'assureur a considéré que 5 % de la population de 50 ans sera dépendante pendant 4 ans, cela correspond à 20 années de prestations pour 100 cotisants. Si l'on constate que, malheureusement, le pourcentage monte à 7 % et que l'espérance de vie des dépendants est de 6 ans, cela correspond alors à 42 ans de prestations pour 100 cotisants. En fait, les cotisations auraient donc dû être multipliées par deux, mais on ne s'en apercevra que quand les premiers cotisants auront 70 ans. Cela signifie que les cotisations auraient dû être deux fois plus élevées pendant 20 ans. Il y a donc une nécessité impérieuse de disposer de statistiques fiables pour suivre ce risque.

Le suivi de ce risque repose sur plusieurs critères :

- le premier est le taux technique, qui correspond au taux de rendement que l'assureur prévoit sur le placement de ses provisions, et dont il doit faire profiter ses assurés à travers ses tarifs. Ce critère est délicat, puisque ce taux technique est en général fixé sur les taux moyens d'emprunt d'État, qui augmentent à l'heure actuelle et contraignent donc les assureurs à provisionner de manière brutale ;
- deuxièmement, l'espérance de vie des cotisants est un critère plus important. En raisonnant de manière quelque peu simpliste, on constate que les cotisants vivent plus longtemps que la population générale. En tant qu'assureur, je dirais donc que le premier acte de prévention consiste à s'assurer. En réalité, cette durée de vie plus longue s'explique sûrement par le fait que les personnes qui s'assurent ont des moyens supérieurs, font de la prévention, sont dans une situation socioprofessionnelle plus élevée, et ont donc une espérance de vie plus élevée. Ce n'est pas l'acte de souscription à une assurance dépendance en soi qui permet d'augmenter son espérance de vie.

Heureusement, nous avons maintenant des tables d'espérance de vie par génération, mais nous prenons tout de même un pari sur l'avenir avec ces assurances. Nous constatons que nous maîtrisons notre courbe des risques, même au grand âge, puisque nous avons peu de personnes de plus de 90 ans. Cela suppose d'avoir des statistiques fiables, des études épidémiologiques et de les suivre de très près.

### M. Jérôme PORIER

AG2R assurait jusqu'à présent la dépendance totale, et assure désormais la dépendance partielle. Pourquoi avez-vous changé de politique, et qu'est-ce que ce changement implique ?

### M. Jean-Pierre AUDRAN

Nous constatons peu à peu que les éléments statistiques dont nous disposons nous permettent de couvrir la dépendance partielle. En réalité, je parlerais plutôt de dépendance « lourde » et « moins lourde », mais il ne s'agit pas vraiment de dépendance « partielle » quand on parle de GIR 3. Peut-être pouvons-nous employer ce terme pour une incapacité GIR 4.

Le problème potentiel avec ces GIR réside dans le fait que l'espérance de vie sans incapacité croît plus vite que l'espérance de vie normale. Cela signifie qu'au fur et à mesure des générations, les personnes qui seront dépendantes le seront à un âge plus élevé. On peut supposer qu'en sens inverse, les dépendances légères vont croître plus rapidement. En effet, on ne passe pas d'un état d'autonomie totale à un état de dépendance totale. Cette incertitude est parfaitement maîtrisée en GIR 3, mais est plus délicate à traiter en GIR 4.

### M. Jérôme PORIER

Je souhaiterais entendre l'opinion des autres intervenants sur cette question de la prise en charge de la dépendance partielle.



## TABLE RONDE N° 2

### M. Pierre CELLOT

J'étais à l'AG2R quand le produit d'assurance dépendance partielle a été créé, d'ailleurs dans un cadre paritaire. Devant l'incertitude sur l'évolution du risque, nous nous étions à l'époque demandé s'il ne fallait pas faire preuve de plus de prudence. Nous nous étions d'ailleurs réassurés pour faire face à cette incertitude. Toutefois, nous avons tellement durci les critères, que nous n'avons pas assez de bénéficiaires. Des journalistes souhaitaient rencontrer les familles de personnes indemnisées, et nous n'arrivions pas à en trouver dans les premiers mois parce qu'il n'y avait tout simplement pas assez de bénéficiaires.

Nous avons progressivement assoupli les critères, et, comme l'a dit Jean-Pierre AUDRAN, la difficulté réside dans l'entrée dans le risque. Celle-ci est « douce » si j'ose dire, par une perte progressive de quelques facultés. Je crois savoir que cette perte démarre très tôt, puisque j'éprouve, depuis quelques années, des difficultés à passer ma paire de chaussettes, bien que je ne sois pas encore en GIR.

Nous devons donc tenir au fur et à mesure nos engagements d'opérateurs en tenant compte de ce que nous savons, en anticipant sur ce que nous ignorons, avec la technique de l'assurance et de la réassurance pour provisionner les risques vraiment aléatoires.

### M. Dominique CHAIGNON

Je partage cet avis : si l'on veut avoir des produits qui aient aussi une vocation sociale et accompagnent l'individu dans son cheminement, nous nous devons de proposer des prestations en matière de dépendance partielle. Au-delà de l'assurance, nous devons apporter des services justement dans ces états-ci, qui en requièrent le plus. Toutefois, comme le fait Jean-Pierre AUDRAN, nous pouvons nous demander si le GIR 3 constitue vraiment de la dépendance partielle.

### M. Olivier TABARD

Je vais dans le même sens : les partenaires sociaux demandent de plus en plus aujourd'hui à aller au-delà de la dépendance totale. Lorsque des appels d'offres sont lancés, il est presque systématiquement demandé la couverture du GIR 3. Je ne peux pas dire si ce GIR constitue de la dépendance partielle, mais la demande est en tout cas présente.

## L'EXPÉRIENCE ÉVOLUTIVE DE LA COUVERTURE DÉPENDANCE

### M. Patrick LELONG

Franck GIRARDEAU, nous avons vu que les assurances consistaient d'abord en un capital pour faire face ou en une rente viagère pour continuer à assumer ses besoins, mais ce sont aussi des services évolutifs. Comment intégrez-vous ces évolutions ? Les services d'hier sont-ils les mêmes qu'aujourd'hui, et constituent-ils une composante importante du contrat ?

### M. Franck GIRARDEAU

J'aimerais d'abord répondre au message personnel de Pierre HÉMON tout à l'heure, et lui dire que nous serions ravis d'organiser de nouveau la manifestation de sensibilisation sur le handicap et la dépendance dans la belle ville de Lyon en 2011, à défaut d'avoir pu la mener correctement à son terme en 2010.

Par ailleurs, nous défendons de notre côté une logique de couverture collective. Dans le Baromètre que vous avez présenté, on s'aperçoit qu'un DRH sur deux et près de 80 % des partenaires sociaux pensent qu'il est du ressort de l'entreprise de proposer un contrat collectif dépendance. Ce même sondage il y a dix ou quinze ans aurait donné des résultats très éloignés ; c'est donc une idée qui mûrit.



## TABLE RONDE N° 2

Nous devons amener l'entreprise à mettre en place une garantie qui ne va quasiment pas concerner ses salariés, puisque le risque va intervenir près de vingt ans après le départ à la retraite. Il nous faut donc trouver des solutions qui à la fois intéressent l'entreprise et permettent l'accompagnement des salariés.

En outre, la prise en charge de la dépendance n'est évidemment pas qu'une question financière, mais aussi et peut-être surtout une question d'accompagnement, de services et de coordination entre les services, dans le cadre notamment de la prise en charge à domicile.

Partant de ces idées, nous avons bâti une solution collective avec trois approches.

- premièrement, une approche service dès la souscription du contrat par l'entreprise, est mise en place pour l'ensemble des salariés, notamment ceux qui se retrouvent dans la situation d'aidants. Cette approche service est une plate-forme téléphonique d'accueil, d'information et d'intermédiation spécialisée sur les personnes en fragilité sociale ou en difficulté liée à l'âge ;
- deuxièmement, pour les personnes en situation de dépendance partielle, la logique de service se développe d'une part sur cette plate-forme d'écoute spécialisée sur les personnes âgées, sur laquelle les personnes peuvent s'exprimer aussi longtemps qu'elles le souhaitent ; d'autre part, par la mise à disposition d'un boîtier de téléassistance permettant d'être mis en relation avec un service d'intervention d'urgence 24 heures sur 24 – ce qui peut être très utile en cas de chute à domicile ;
- enfin, troisièmement, la rente financière viagère est réservée aux situations de dépendance lourde, correspondant aux GIR 1 et 2.

Au-delà, nous défendons la logique collective parce qu'elle correspond à celle mise en place dans les années 60 pour couvrir des risques lourds ou de long terme comme l'invalidité, l'incapacité ou le décès. Nous pensons que les décideurs et les partenaires sociaux dans les branches professionnelles peuvent organiser cette couverture-ci. Elle offre également l'avantage d'une mutualisation très large, et donc un coût réduit, ainsi que l'absence de sélection médicale, qui constitue un des

freins importants en souscription des contrats individuels ; étant un ancien d'AG2R, je ne veux pas pour autant critiquer cette logique individuelle.

Enfin, l'approche de la dépendance est souvent pessimiste, notamment concernant la charge financière, mais nous pouvons également adopter une approche positive et dynamique, puisque l'organisation des services à la personne représente des milliers d'emplois, et que c'est le seul secteur d'activité qui n'a pas détruit d'emplois en 2009. Cela coûte certes de l'argent à travers la loi Borloo en termes de réduction fiscale, mais cela engendre des créations d'emplois, aujourd'hui comme demain, non délocalisables, avec des enjeux essentiels concernant la professionnalisation et la revalorisation de ces métiers. L'accompagnement des personnes âgées constitue un véritable enjeu ; un pacte social doit être recréé, comme le disait Bernard ENNUYER.

### LA SENSIBILISATION DES PARTENAIRES SOCIAUX AU THÈME DE LA DÉPENDANCE

#### 1. Illustrée par des branches professionnelles

##### M. Patrick LELONG

En parlant de branches professionnelles, vous tendez la perche à Pierre CELLLOT. Comment les partenaires sociaux sont-ils sensibilisés au thème de la dépendance au niveau des branches ?

##### M. Pierre CELLLOT

Au-delà du Baromètre qui le confirme, les branches viennent vers ces contrats dans la réalité. Nous assistons de plus en plus à la mise en œuvre de négociations de branche. À vrai dire, je devais vous parler du cas de la profession des fleuristes, qui s'était décidée à mettre en œuvre un régime dépendance. Au dernier moment, elle



## TABLE RONDE N° 2

s'est rabattue sur un régime santé. Nous ne pourrions au moins pas dire qu'il s'agit d'un exemple *pro domo*.

Je ne sais en fait toujours pas pourquoi les pouvoirs publics et autres instances ne font pas confiance aux partenaires sociaux pour s'occuper de ce sujet. Ils se sont pourtant occupés de la retraite complémentaire Agirc-Arrco, et le système fonctionne. Ils ont su faire évoluer les paramètres en fonction des évolutions économiques et démographiques. Les partenaires sociaux ont aussi relevé le défi de la prévoyance quand les conditions de retraite l'ont permis, alors que la mise en œuvre des conventions de branche en prévoyance a été lente, puis est devenue inarrêtable. Ils y ont également obtenu de bonnes performances.

Aujourd'hui, à partir des capacités de gains techniques que permet l'accroissement de la longévité, il me semble qu'une ouverture pour installer le sujet de la dépendance dans les négociations de branche existe. Évidemment, une pression du marché se manifeste également afin d'instaurer la couverture supplémentaire en santé. Pour tenir un propos interpellant, voire provocateur, je demande s'il est bien raisonnable de courir derrière la surenchère concurrentielle pour solvabiliser l'acquisition de la deuxième ou troisième paire de lunettes, plutôt que d'installer, peut-être pour le même prix, un régime dépendance de branche qui renouera avec les principes de solidarité, d'intergénération et les fondamentaux du métier.

Je pense en effet que ce reversement systématique du régime de base vers la complémentaire santé est un piège à caractère politique posé devant nous, partenaires et acteurs, alors que, dans le même temps, le sujet sociétal majeur de la dépendance, pourrait être couvert, selon moi, dans un régime de branche.

Par ailleurs, et vous ne m'en voudrez pas de dire du bien du produit de l'OCIRP aujourd'hui, nous avons réglé l'importante question de la continuité et de la portabilité de la garantie au-delà du contrat collectif où naît le droit à la prestation dépendance. Si je parle de ce produit de l'OCIRP, c'est parce que toutes les institutions en bénéficient et sont partenaires de l'OCIRP sur sa mise en œuvre. Le salarié bénéficiaire d'une ouverture de droits à

indemnisation pour ce quatrième âge – appellation sans doute impropre – pourra continuer d'alimenter sa couverture quel que soit le statut professionnel qu'il adopte par la suite. C'est, selon nous, une avancée majeure, facilitée aussi par la mise en place de l'Accord national interprofessionnel (ANI) qui a inspiré largement les esprits et permet de faire de l'accord de branche, non pas un accord réservé à une corporation, mais le champ idéal pour faire naître le contrat collectif qui perdure ensuite avec l'individu.

### M. Dominique CHAIGNON

Il est difficile d'intervenir à la fois en fin de matinée et en fin de table ronde, parce que l'on est nécessairement amené, d'une certaine manière, à redire les mêmes choses, mais j'essaierai de les formuler différemment.

Au niveau de l'UNPMF-Mutex, nous sommes le cinquième intervenant en matière de dépendance, avec un chiffre d'affaires d'environ 25 millions d'euros. Cela nous permet aussi, depuis vingt ans, de collecter un maximum d'informations en suivant notre population.

Nous nous sommes tournés vers nos adhérents pour connaître leur appréhension du dispositif, en effectuant très récemment un sondage auprès des adhérents mutualistes sur leur appétence en matière d'achat d'un produit dépendance. Nous constatons que le thème de la dépendance est tout à fait anxiogène ; le passage à l'acte est extrêmement difficile pour l'individu quand il doit faire l'acquisition d'un produit, d'autant plus s'il n'a pas été confronté à ce problème dans son entourage. Malgré la communication croissante autour du sujet, cette population est donc souvent attentiste. Ainsi, elle vieillit et voit se renchérir le produit de dépendance individuelle, courant également le risque de dépendance médicale, inévitable sur ce type de garantie.

Par ailleurs, nos sondages font apparaître que les personnes, notamment les aidants, sont perdues dans le maquis de la réglementation, des aides, des démarches administratives à accomplir, et ont, de ce point de vue, des besoins importants.



## TABLE RONDE N° 2

Notre réponse vis-à-vis de ces deux problèmes a consisté à encourager la mutualisation au niveau des branches, puisque c'est ici que l'anti-sélection est la plus faible et que le coût d'un contrat dépendance peut être équivalent à celui d'une surcomplémentaire santé remboursant la deuxième paire de lunettes. Nous accompagnons aussi les partenaires sociaux en matière de formation, de conseil. Par ailleurs, dans les branches où des négociateurs ont été confrontés personnellement à une situation de dépendance, les partenaires sont prêts à « retoiletter » intégralement leur régime pour y intégrer une garantie dépendance. La branche bijouterie, joaillerie, orfèvrerie a ainsi décidé d'intégrer dans son régime de prévoyance une garantie dépendance, en l'occurrence la garantie OCIRP. Évidemment, l'aspect « portabilité » qu'évoquait Pierre CELLOT est particulièrement apprécié.

Concernant l'accompagnement en services, je ne reviendrai pas sur ce que disait M. Franck GIRARDEAU, mais il est évident qu'il y a lieu d'ajouter à l'assurance une aide sur les démarches, l'ergonomie, l'aménagement des logements, la possibilité de transformer la rente en panier de soins. Tout ceci doit être intégré afin de réussir la transformation du contrat individuel en contrat collectif.

### 2. Illustrée par une entreprise

#### M. Patrick LELONG

Nous allons maintenant prendre le cas d'une entreprise, avec vous, Olivier TABARD. Comment avez-vous résolu ces problématiques, que nous avons constatées au niveau des branches avec l'anti-sélection, au niveau de l'entreprise ?

#### M. Olivier TABARD

C'est l'entreprise Thales qui devrait être à ma place aujourd'hui, et notamment son DRH. Dans cette société, l'employeur a été le moteur de la mise en place de cette couverture. En 2005-2006, les entreprises de haute technologie avaient du mal à embaucher ou conserver

les ingénieurs de haut niveau : ils partaient souvent dans la finance, qui offrait de meilleures rémunérations que l'industrie.

L'une des réponses à cette question résidait dans les salaires, mais accroître la rémunération de 1 euro en coûte 1,60 à l'entreprise, alors que le salarié ne reçoit que 80 centimes. Les partenaires sociaux ont donc poursuivi le dialogue et consulté leur organisme de protection sociale pour définir une réponse qui pouvait concerner l'ensemble des salariés de l'entreprise. La couverture des arrêts de travail était suffisante, la garantie santé venait d'être aménagée, et un plan d'épargne retraite collectif (Perco) venait d'être mis en place. Au même moment, l'OCIRP, partenaire du groupe Novalis, mettait en place un produit innovant en matière de dépendance collective qui pouvait répondre à la demande.

Ce produit était innovant dans la mesure où, d'une part, les droits acquis grâce aux cotisations sont conservés quel que soit le devenir du salarié, qu'il quitte l'entreprise ou parte en retraite. D'autre part, en cas de perte d'autonomie ou de dépendance survenant dans des délais courts, le salarié bénéficie tout de même d'une couverture substantielle, ce qui garantit une couverture minimale quelle que soit la durée de cotisation. Par ailleurs, et cela a déjà été dit, il est rare que le salarié lui-même soit dépendant, mais un parent ou une connaissance a souvent besoin d'une aide. Dans ce contexte, le salarié a besoin d'être soutenu ; cette assistance était intégrée dans le produit OCIRP. Enfin, point majeur pour l'entreprise et les syndicats, la garantie pertinente a pu être mise en place pour un tarif finalement raisonnable.

Pour le prix d'un paquet de cigarettes, indice souvent utilisé dans notre métier, payé par l'employeur et le salarié, les personnes bénéficiaient d'une garantie d'un certain niveau pouvant aider les personnes modestes ; pour les personnes plus aisées, ce montant était remboursé par le fisc, puisque la cotisation aux contrats dépendance est déductible du revenu imposable.



## TABLE RONDE N° 3

DÉBAT AVEC LES RESPONSABLES POLITIQUES

### Participant à cette table ronde :

- **Charlotte BRUN**, Secrétaire nationale aux personnes âgées, handicap et dépendance, PS;
- **Pierre HÉMON**, adjoint au maire de Lyon, Europe-Écologie;
- **Michel HUNAULT**, député de Loire-Atlantique, Nouveau Centre;
- **Denis JACQUAT**, député de la Moselle, UMP.

### M. Jérôme PORIER

Cette table ronde politique pourrait être intitulée : « Quelle réforme pour la prise en charge de la dépendance en France ? »

Quatre élus nous font l'honneur d'être parmi nous aujourd'hui. Charlotte BRUN, qui représente le Parti socialiste (PS), est secrétaire nationale aux personnes âgées, handicap et dépendance. Michel HUNAULT, qui représente le Nouveau Centre (NC), est député de Loire-Atlantique. Denis JACQUAT est député UMP de la Moselle, et a participé à la rédaction du rapport Rosso-Debord sur la dépendance, remis en juin au gouvernement. Pierre HÉMON, adjoint au Maire de Lyon, représentera Europe-Écologie.

Denis JACQUAT, vous avez participé à la rédaction du rapport Rosso-Debord, qui a transmis dix-sept propositions au gouvernement. Quelles en sont pour vous les priorités ?

### M. Denis JACQUAT

Le rapport de Valérie ROSSO-DEBORD a été demandé par la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale. Des députés des quatre principales formations politiques de l'Assemblée nationale ont participé à cette mission. Il ne s'agissait pas d'une commande du gouvernement. Les conclusions finales et les propositions ont reçu un avis favorable, mais pas à l'unanimité. Je milite pour la prise en charge de la perte

d'autonomie depuis que cette question est débattue, c'est-à-dire 1986, date à laquelle fut créée, à l'instigation d'Adrien ZELLER, une commission sur la grande dépendance, confiée à Théo BRAUN.

Le Président de la République avait indiqué que, dès que l'encre de sa signature sur la loi sur les retraites serait sèche, on s'attaquerait au chantier de la dépendance. Depuis, il a été précisé que six mois de discussion étaient nécessaires. J'étais le rapporteur de la loi sur les retraites à l'Assemblée nationale, et je siége au Conseil d'orientation des retraites (COR) depuis qu'il existe. Celui-ci a fait un travail très sérieux et, quand je constate l'ambiance dans laquelle se sont tenus les débats sur les retraites, je préconise que l'on prenne notre temps pour discuter du texte sur la perte d'autonomie. Nous avons parlé de six mois ; Monsieur SOUBIE hier, et Roselyne BACHELOT ce matin ont donné d'autres délais. Je rencontrerai ce soir Roselyne BACHELOT et en saurai donc plus à ce propos, mais il faut arriver à un texte sur lequel nous soyons tous d'accord.

Dans le cadre du rapport de Valérie Rosso-Debord, avec laquelle je m'entends très bien, la question de la substitution de l'assurance à l'APA reçoit une réponse négative : l'assurance doit n'être qu'un complément. Quand Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, en son temps, a fait voter le texte sur l'APA, les GIR 1 à 3 étaient inclus, mais pas le GIR 4. J'ai fait partie de ceux qui ont milité pour l'inclusion du GIR 4, et le gouvernement de l'époque a indiqué qu'un problème de coût empêchait cette inclusion. Je faisais partie de ceux qui se sont battus par un amendement afin que l'on ne touche pas au patrimoine, à la succession. Je siégeais à la commission des Affaires sociales, et cette question était trans-courants : à gauche, une partie des députés était pour la récupération sur la succession, l'autre contre. C'était le même cas de figure à droite, dans ma sensibilité.

Il faut effectivement une vraie loi sur la perte d'autonomie, et pas des « mesurettes » ; il est donc nécessaire que l'on se mette d'accord auparavant. Cependant, observant la mise en place de la loi sur les retraites, je suis persuadé que, pour toute loi jusqu'en 2012, et même si nous sommes tous à peu près d'accord au départ sur le texte, il est évident qu'au moment de la



## TABLE RONDE N° 3

discussion et du vote de la loi, une partie sera pour, une autre contre. Dans le domaine social, actuellement, on fait effectivement de la politique politicienne en plus de la politique sociale. Nous pouvons donc reculer le délai, cela ne me gêne pas, mais il faut prendre de véritables mesures.

### M. Jérôme PORIER

Charlotte BRUN, vous représentez le PS, et une proposition du rapport Rosso-Debord vous déplaît particulièrement dans le débat : la mise en place d'une assurance individuelle obligatoire à partir de 50 ans.

### M<sup>me</sup> Charlotte BRUN

Avant de revenir sur ce sujet, je souhaiterais préciser au sujet de la dépendance que, derrière les termes et les signifiants, se cachent des présupposés. Nous considérons, pour notre part, qu'il ne faut plus parler de dépendance, non pas parce qu'il ne s'agirait pas d'une question de société importante, mais parce que vous êtes tous ici présents interdépendants les uns des autres. Il n'existe pas de dépendance liée à un âge de la vie en particulier, la petite enfance ou le grand âge, par exemple. Ce sont justement nos interdépendances qui font la société française.

Parler uniquement de dépendance revient, comme l'ont fait certains rapports, à n'évoquer que la question de la perte d'autonomie liée au grand âge, ou, pour faire plaisir à Bernard ENNUYER, de la compensation des incapacités. Or, nous considérons comme fondamental de reconnaître aujourd'hui un nouveau droit, au même titre que le droit à la santé : la compensation des incapacités à tout âge de la vie, de la naissance à la mort, et quelle qu'en soit l'origine (situations de handicap, invalidité liée au travail ou incapacité liée à l'avancée en âge). C'est donc un vrai point de désaccord dans le débat. Je rejoins d'ailleurs ce que vient de dire Denis JACQUAT, et conviens que cette vision est partagée par des personnes à droite comme à gauche.

Le vrai débat, avant même de parler du financement, qui constitue aussi un sujet important, consiste à savoir ce

que l'on veut construire ensemble. Dans la mesure où nous considérons qu'il faut absolument reconnaître un droit à compensation des incapacités tout au long de la vie, comme le droit à la santé, il faut lever la barrière d'âge à 60 ans. Il est inadmissible, en effet, qu'à 59 ans, votre AVC créant des situations d'incapacité soit nettement mieux couvert qu'un an plus tard.

La société doit se pencher sur cette question à l'aune de la reconnaissance de droits et de principes. Devons-nous répondre à ces situations en fonction de votre âge ou de la taille de votre porte-monnaie ? Non, nous considérons fondamentalement que, face à la reconnaissance de ce nouveau droit universel de compensation des incapacités tout au long de la vie, il faut construire un nouveau champ de protection sociale. Le principe qui construit la protection sociale depuis 1945 doit donc s'appliquer à ce nouveau champ : chacun doit contribuer en fonction de ses moyens et recevoir en fonction de ses besoins.

Concernant la question assurantielle, nous ne sommes pas opposés à ce que des contrats mutualistes assurantiels interviennent de manière optionnelle et facultative. Cependant, les pistes abordées par le rapport Rosso-Debord et d'autres auparavant relèvent de logiques individuelles, alors que de nombreuses problématiques créent déjà des inégalités, notamment le reste à charge pour les familles, les inégalités territoriales ou la situation des aidants. C'est pourquoi, nous sommes très hostiles à ce qu'ont avancé Valérie ROSSO-DEBORD et d'autres parlementaires dans leur rapport, qui n'a d'ailleurs pas été approuvé par la totalité des membres. Après une première partie qui fait plutôt consensus et dénonce ce que je viens d'évoquer, le reste du rapport ne tire pas les conclusions de ce qu'il a dénoncé en première partie, notamment quant à la question de la prévention et du GIR 4.

Nous considérons que la question assurantielle, comme celle de la succession, relève d'une logique individuelle ou familiale. Les familles sont déjà très mobilisées, et le reste à charge, au-delà des gestes de solidarité, montre que les familles sont déjà très présentes dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. Toutefois, nous considérons que, de la même manière que l'on ne finance pas soi-même la prise en charge médicale de son cancer, on ne doit pas



## TABLE RONDE N° 3

financer soi-même le risque de dépendance quand il nous touche personnellement. Ce n'est pas en fonction de la taille du porte-monnaie ou de la Carte Bleue des personnes, comme l'a dit Martine AUBRY dimanche, que nous devons répondre plus ou moins bien à ces situations d'incapacité, mais en fonction de la solidarité nationale. Il faut donc en appeler à des logiques de mutualisation du risque par l'ouverture et la reconnaissance d'un nouveau champ de protection sociale.

### M. Jérôme PORIER

Michel HUNAULT, pensez-vous que l'on peut piocher dans son patrimoine pour financer sa dépendance ?

### M. Michel HUNAULT

#### 1. La réponse à la perte d'autonomie

Je précise tout d'abord que je n'interviens pas au titre de député du NC, mais comme président d'un groupe d'étude de l'assurance et de la prévention des risques, que j'ai fondé dans les années 2000.

Au-delà des clivages gauche/droite, une prise de conscience émerge sur la nécessité d'agir concernant cette question de la dépendance. On ne part pas de rien, puisqu'il existe déjà un savoir-faire, des produits et des structures. Nous faisons face aujourd'hui à des défis qu'il faut aborder sur le plan humain. Le législateur n'apportera pas une réponse toute faite ; il convient de s'appuyer sur les expériences et les partenaires sociaux qui ont un rôle à jouer. C'est pourquoi, j'ai plaidé pour une conférence annuelle sur la dépendance pour que nous ayons des discussions sur le contenu de la prise en charge des contrats dépendance.

La solution viendra par plusieurs réponses, celle de la solidarité nationale et celle de la prévention du risque avec un système d'assurabilité. Le gouvernement de Lionel JOSPIN a créé l'APA ; or, les départements se disent aujourd'hui asphyxiés par le coût des transferts sociaux, et notamment les 5 milliards d'euros que coûte l'APA aux départements. L'une des réponses sera, selon

moi, de recentrer l'APA pour faire jouer la solidarité nationale envers ceux qui n'ont rien, et établir des règles d'assurance sur un risque éventuel de dépendance. J'ai entendu les réserves de Charlotte BRUN, mais je pense qu'il faut considérer les choses objectivement.

#### 2. Le respect de la dignité de la personne au milieu d'exigences contradictoires

Je me souviens être intervenu, il y a un peu plus de dix ans, à l'occasion du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Tous les groupes politiques étaient d'accord pour créer ce cinquième risque, mais quand les quatre branches de la Sécurité sociale sont dans le rouge, comment le financer ? De là vient l'idée de s'assurer obligatoirement sur le risque dépendance. Cela pose des questions très concrètes. Tout d'abord, les assureurs peuvent le faire, comme l'ont rappelé les produits assurantiels évoqués ce matin. Ensuite, se pose la question de la provision. Le risque peut se déclencher quelquefois 20, 30, voire 35 ans après la souscription d'un contrat dépendance, alors que les cotisants ne se souviennent plus d'y avoir souscrit. L'aspect humain et de qualité des services pose également l'enjeu de professionnalisation, de certification des prestations et d'emploi.

C'est pourquoi, je pense qu'une réponse caricaturale du tout-assurance ne s'imposera pas. La réponse devra permettre de concilier des exigences apparaissant contradictoires, mais que des objectifs tendant à la dignité de la personne dépendante pourront peut-être réunir.

Ma voisine du PS parle de droits, mais on en crée chaque année. Aujourd'hui, la loi handicap, qui a fait l'unanimité au Parlement, a créé un droit à la dignité de la personne handicapée, et nous nous sommes fixé le délai de 2012, dix ans après la loi, pour adapter tous les lieux publics au handicap, ainsi que pour atteindre des objectifs en termes d'emploi et de dignité de la personne. Mais, neuf ans après, tout n'est pas encore au point. Il faut donc avoir sur ces questions une volonté politique qui dépasse les clivages, bien qu'on puisse aussi faire un effet de manche en parlant de Carte Bleue.



## TABLE RONDE N° 3

Mais regardons la situation telle qu'elle existe. Des besoins vont émerger, l'allongement de la vie va s'accompagner d'une dépendance plus lourde. D'autres ont parlé aujourd'hui de contrats satisfaisants à un certain niveau de dépendance. Mais l'on parle ici plutôt de la dépendance très lourde, souvent en fin de vie, et qui mérite des structures. Doit-on opter pour l'hospitalisation à domicile ou des structures spécialisées ? Je me réjouis en tout cas de participer à ce débat de l'OCIRP, qui n'est pas le premier d'ailleurs. L'OCIRP a largement devancé, ces dernières années, un débat qui exige des réponses concrètes. Mais le temps viendra pour les parlementaires de fixer les règles. Denis JACQUAT en sait peut-être plus que moi, et j'avais cru comprendre que cela se fera à l'occasion du vote du PLFSS 2011, à six mois des élections présidentielles et législatives. Le temps de la réflexion permet de partir d'expériences que l'on va améliorer, mais je reste persuadé que la réponse sera plutôt une accumulation de solutions qu'une solution toute faite issue d'un rapport.

### M. Jérôme PORIER

Pierre HÉMON, faut-il créer une cinquième branche de la Sécurité sociale pour prendre en charge la perte d'autonomie ?

### M. Pierre HÉMON

Oui, mais il faut s'attarder sur la forme.

Tout d'abord, après vous avoir remercié de m'avoir invité avec mon autre casquette, au nom d'Europe-Écologie, dont il faudra s'habituer à la présence dans le paysage politique, j'aimerais revenir sur les propos de Michel HUNAUULT. Je pense que nous avons expliqué ce matin qu'il n'est pas vrai que la « dépendance » est liée à l'allongement de la vie. Ces états de handicap fort ou de dépendance lourde sont liés à l'amélioration des conditions de vie et de la médecine. Il est aujourd'hui possible de vivre plus longtemps avec des maladies chroniques invalidantes, qui requièrent donc une compensation.

Si l'on ne note pas cela, on risque de culpabiliser les personnes : « *Vous avez voulu vivre plus vieux, vous allez donc devoir le payer* ». Cette culpabilisation a d'ailleurs débuté il y a longtemps, quand on a expliqué aux Français qu'ils devraient payer un euro à chaque consultation chez le médecin. De cette manière, on a commencé à dire aux malades qu'ils devaient payer de leur poche. Derrière cela, se trouve une logique inquiétante, que Madame BRUN évoquait en parlant du risque de « faire payer » aux malades leur cancer. Lorsque l'on affirme que c'est la dernière année de vie qui coûte le plus cher, ce qui n'est pas nouveau, on va peut-être bientôt dire aux individus qu'ils devront la financer eux-mêmes. Ils devraient ainsi financer leurs soins palliatifs, et on viendrait les voir en leur disant : « *Il vous en reste pour une semaine, peut-être faudrait-il rajouter au pot* ». Je caricature à dessein, mais c'est pour montrer qu'il faut prendre garde à son discours.

Le débat existe toutefois depuis longtemps, des propositions ont été avancées, des solutions individuelles ont été mises en place, et l'on parle aussi de solutions collectives. J'y suis clairement favorable, de la même manière que j'estime que la barrière d'âge à 60 ans qui différencie handicap et dépendance doit être abolie, et qu'il est essentiel de travailler à la convergence de ces deux risques. Nous sommes sans doute le seul pays riche d'Europe à fonctionner ainsi.

Par ailleurs, concernant le rapport Rosso-Debord, il est inacceptable de demander une assurance obligatoire à partir de 50 ans. Pourquoi ce seuil ? C'est le moment où l'on commence à être qualifié de senior dans son entreprise et à vieillir. C'est à partir de ce moment qu'on devrait commencer à payer pour avoir le droit d'être vieux et dépendant. Ceci est également assez scandaleux puisque cela tient de la discrimination et consiste à punir les individus pour ce qui pourrait éventuellement advenir.

Je suis favorable à la socialisation de ce risque, et l'on peut discuter de la technique de Sécurité sociale après. Je souhaiterais que tout le monde, tous les travailleurs cotisent, qu'on élargisse l'assiette, et que l'on discute non seulement de cette socialisation, mais aussi de ce qui a été mis en place par certains groupes de prévoyance ou assurantiels, qui ont eu des idées, ont développé des expériences.



## TABLE RONDE N° 3

Il faudrait donc mettre en place un Grenelle du *long term care*. On prendrait ainsi le temps, avec plusieurs tables rondes et débats rassemblant l'ensemble des partenaires, les entreprises qui financent, les assurances, les mutuelles, les partenaires sociaux, les associations d'aides à domicile, les associations de personnes âgées et de personnes âgées dépendantes si elles existent. Comme pour le Grenelle de l'environnement, l'ensemble de ces partenaires pourrait alors travailler et chercher à atteindre un consensus. Cependant, à la différence du Grenelle de l'environnement, une fois les engagements pris, on les respecterait, ce qui est toujours quelque peu difficile en politique.

Il faut donc travailler ensemble sur ces questions, mais cesser d'en faire l'arlésienne. J'ai, par exemple, la chance que Nora BERRA soit conseillère municipale de Lyon ; il m'arrive donc de l'interpeller, depuis 2009-2010 au conseil municipal, pour connaître l'état d'avancement du dossier. Elle me répond toujours : « *D'ici la fin de l'année* ». Mais de la fin de quelle année parle-t-elle ?

Dans tous les cas, je crois qu'il s'agit là d'un débat vraiment important. Il faut arrêter de culpabiliser les Français et travailler sur les propositions.

### M. Jérôme PORIER

Vous appelez à un Grenelle de la dépendance, mais les six mois de débat annoncés par le gouvernement ne constituent-ils pas une sorte de Grenelle ?

### M. Denis JACQUAT

À titre personnel, je ne vois pas l'utilité d'un Grenelle sur la perte d'autonomie. Nos bibliothèques sont remplies de documents concernant la perte d'autonomie. On connaît tout ce qui existe et l'on sait ce qu'il faut faire. Il s'agit en fait d'un problème d'articulation. Le Livre blanc des associations, qui faisait suite au Livre noir, est un document remarquable et peut servir de base. On y retrouve la question de la barrière d'âge, le problème du GIR 4, etc.

Le problème final est celui du financement. Nous ne devons pas commencer par fixer le montant qui sera investi dans ce projet et nous demander ce que nous y intégrerons. Au contraire, il faut établir le projet, définir son coût puis ajuster le projet. J'ai toujours défendu le principe d'une cotisation en reprenant le principe des ordonnances de 1945, qui précisaient dans l'article 1 que d'autres risques pouvaient apparaître. On parlait donc peut-être déjà, à l'époque, de perte d'autonomie.

Pour des raisons de politique financière, il était répondu auparavant à mes demandes en faveur d'une nouvelle cotisation que cela augmenterait les coûts pour les entreprises. Depuis, la CNSA a été mise en place, et j'étais rapporteur du texte à l'époque. La CNSA fonctionne et nous pourrions nous appuyer dessus. Il y a d'une part un abondement de l'APA, avec un complément, d'autre part du monde de l'assurance, des mutuelles, de la prévoyance... Nous sommes près du but.

Cependant, à partir du moment où nous sommes tombés dans la politique politicienne, les dés sont pipés : je l'ai d'ailleurs vu avec le problème des retraites. Lionel JOSPIN a créé en son temps le COR, qui marche très bien, comme la CNSA, qui est réellement indépendante et rend des conclusions très intéressantes. Tout le monde y est d'ailleurs représenté. Mais, bien entendu, des remises en cause globales sont apparues au dernier moment.

Dans le cas de la perte d'autonomie, nous possédons déjà quasiment tous les éléments du puzzle. Le problème qui peut se poser concerne le fait que l'on se consacrerait aux GIR 1 et 2, et peut-être le GIR 3. En tant qu' élu, comme Michel HUNAULT, je pense que la perte d'autonomie concerne tout le monde, depuis le GIR 1 jusqu'au GIR 6. Des personnes de 90 ans ont besoin d'être aidées pour faire leurs commissions ou porter leurs packs d'eau, leurs enfants de 70 ans étant incapables de les aider. Nous ne pouvons pas les laisser sur le bord de la route. Nous devons être pragmatiques, et nous y arriverons, mais je ne donne pas de date.



## TABLE RONDE N° 3

### M. Jérôme PORIER

Mettre fin à la barrière d'âge, donc créer un dispositif qui intégrerait à la fois la prise en charge du handicap et celle des personnes âgées, coûterait cher, au minimum 3 milliards d'euros, et sans doute plutôt 5 milliards. Comment le financer ?

### M. Denis JACQUAT

Je crois qu'on ne doit pas évoquer cette notion de cherté. Il faut savoir ce que l'on veut. Il est vrai que le monde des personnes handicapées a un coût totalement différent de celui des personnes âgées, qui sont plus nombreuses et qui le seront de plus en plus. Les besoins des personnes handicapées coûtent par personne plus cher que ceux des personnes âgées, mais nous n'avons pas le droit de tomber dans ce type de raisonnement.

Comme l'a dit Michel HUNAUULT tout à l'heure, nous avons voté, à l'unanimité il me semble, une loi sur le handicap en sachant très bien que certains points seraient difficiles à appliquer. Concernant l'accessibilité des écoles, il fallait que toutes les écoles de France soient accessibles aux handicapés. Je suis député d'une ville, mais ma circonscription englobe un quartier sensible de 20 000 habitants et deux villages, l'un de 33 habitants – qui en avait 21 avant – et l'autre de 40. Les intercommunalités fonctionnent et les écoles sont bien réparties. Mais comment voulez-vous que, dans des villages de moins de 100 habitants, où une personne handicapée ne s'inscrit à l'école que tous les 70 ans, on puisse demander un investissement pour l'accessibilité ? Selon la loi, on devrait le faire. J'avais dit à l'époque que l'on n'y arriverait pas, mais si l'on voulait que le texte soit adopté, il fallait présenter un idéal. Je trouvais aussi le délai de dix ans à la fois long et court, car c'est pour les communes des investissements extrêmement onéreux dans les écoles primaires et maternelles.

Par ailleurs, je pense que la barrière d'âge à 60 ans doit disparaître.

### M<sup>me</sup> Charlotte BRUN

Il n'y a pas, selon moi, deux mondes séparés, celui des handicapés d'un côté, celui des personnes âgées rencontrant des incapacités grandissantes. Je pense que cette problématique vaut pour l'ensemble des personnes qui rencontrent des incapacités, ce que nous sommes tous potentiellement. Le sujet, même s'il doit être abordé, devrait toujours être ramené à ces questions philosophiques ou principielles.

On remarque ainsi que ces questions ne sont pas traitées de la même manière selon que l'on est sensibilisé ou pas au handicap. Il est très difficile pour un sourd de ne pas pouvoir assister, par exemple, au débat d'aujourd'hui. Il se trouve sans arrêt coupé d'un monde, celui des valides, alors que, de l'autre côté se trouve celui des personnes qui rencontrent des incapacités.

Nous proposons, et je sais que des personnes dans la salle et même à côté de moi sont d'accord, de renverser le paradigme, c'est-à-dire de ne pas considérer la société comme coupée entre le monde des personnes dites valides et celui des individus rencontrant une incapacité quelconque. À partir du moment où l'on considère que chacun bénéficie du droit d'exercer pleinement sa citoyenneté, quelles que soient ses incapacités, donc d'être accompagné, on s'aperçoit que les questions de coûts sont importantes mais restent des questions d'outils et de moyens.

Concernant la loi contraignant les collectivités à mettre en place des projets pour rendre les lieux accessibles d'ici à 2015, je rappelle que la question est plus large que la simple accessibilité motrice. Ainsi, de nombreux enfants ne peuvent accéder à l'école parce qu'ils n'ont pas d'accompagnateurs, d'assistants de vie scolaire. La loi ne préconise pas que tous les enfants en situation de handicap aillent à l'école, mais met en place un droit à la scolarité en milieu « normal » quand c'est possible.

Pour revenir à la question du financement, les 3 milliards d'euros dont on parle pour financer le nouveau régime paraissent élevés au regard des dépenses de la vie quotidienne. Cependant, en travaillant avec un certain nombre de personnes, nous avons estimé que ce



## TABLE RONDE N° 3

financement coûterait plus de 3 milliards d'euros, surtout si la barrière d'âge est levée et si le champ du handicap est pris en compte à sa juste mesure. Si la société française accompagne certes mieux les personnes en situation de handicap en dessous de 60 ans qu'au-dessus, des insatisfactions liées à la traduction en langue des signes ou aux appareillages subsistent. Nous avons donc besoin d'une montée en puissance au-delà de ces 3 milliards d'euros.

Ces derniers représentent d'ailleurs le coût de la baisse de la TVA pour les restaurateurs. Je ne dis pas cela pour remettre en cause cette mesure concernant la TVA – quoique – mais parce que la question relève d'un choix politique. Comme Monsieur JACQUAT, sans que nous n'en tirions toutefois les mêmes conclusions, j'invite dans le débat qui s'ouvre à poser les questions en termes de principes, ceux qui fondent la construction de notre vivre-ensemble. À partir de là, nous sommes en situation d'opérer des choix politiques, qui en direction des restaurateurs, qui vers les situations d'incapacités.

### M. Michel HUNAULT

Je pense qu'il n'y a pas de différences entre les intervenants concernant le constat et les objectifs. Mais si la question de la dépendance était résolue, nous ne serions pas réunis ce matin. Il y a d'un côté l'idéal qui consiste à faire jouer la solidarité nationale, et de l'autre la réalité de tous les jours. Aujourd'hui, des dizaines de milliers de personnes dépendantes n'ont pas solution, en établissement ou pour rester à domicile. D'autres problèmes ont trait à la formation des intervenants, des aidants, des familles.

Si nous avons les moyens de créer une cinquième branche de la Sécurité sociale, comme on nous l'a annoncé à l'Assemblée nationale à chaque discussion du PLFSS sous des gouvernements de gauche comme de droite, le problème serait résolu. Si nous sommes réunis aujourd'hui, c'est qu'il faut trouver des financements.

Je reste persuadé que la réponse sera la combinaison entre la solidarité nationale, en recentrant l'APA sur les plus démunis, et un autre élément. Faut-il une

couverture universelle, la rendre obligatoire, à partir de quel âge ? Quel sera le contenu de ce produit d'assurabilité ? Quelle sera la pérennité des sommes consacrées à la dépendance ? Nous devons apporter des réponses très précises à ces questions. En effet, je crois que la dignité de la personne dépendante, surtout en fin de vie, nous anime tous. C'est là un enjeu de société.

Concernant la question du financement, il y a de l'argent en France, et je crois qu'une société doit consacrer l'argent nécessaire pour assurer la dignité des personnes vulnérables ; au-delà, il s'agit d'un choix politique. La solution sera plutôt la somme de mécanismes de prise en charge. La première journée chômée a permis de payer un certain nombre de places en maison de retraite, une deuxième pourrait être créée.

### M. Jérôme PORIER

C'est une idée qui a été avancée par le député du Parti radical Laurent HÉNART, la première journée rapportant 2 milliards d'euros.

### M. Michel HUNAULT

À force de créer des taxes et des impôts, la France perd en compétitivité, notamment au niveau industriel. Une autre vision est donc nécessaire, au-delà de la taxation systématique de la richesse.

### M. Jérôme PORIER

Charlotte BRUN, quelle est votre opinion sur cette idée de créer une seconde journée de solidarité ?

### M<sup>me</sup> Charlotte BRUN

Au sujet des financements, nous considérons qu'il ne faut pas faire porter l'effort sur une seule partie de la population. Cette proposition n'est d'ailleurs pas intervenue à un moment anodin, mais durant la mobilisation d'une majorité de Français sur les retraites,



## TABLE RONDE N° 3

sans vouloir politiser à outrance le débat. Il nous a semblé évident qu'il s'agissait d'une manière de proposer aux actifs, qui s'inquiétaient de leur retraite et du poids que faisait éventuellement peser sur eux l'allongement de la vie, une vision opposant les générations. Cela consistait à pousser vers des logiques très individuelles en exagérant le vieillissement et en présentant une vision catastrophiste ; je rejoins de ce point de vue l'adjoint au Maire de Lyon.

On oublie de préciser que l'allongement de la vie se fait plutôt en bonne santé, mais ce catastrophisme vise à faire peur aux Français et à pousser vers des logiques individuelles, en donnant l'impression aux actifs que le poids de l'allongement de la vie sera trop important pour leurs épaules. Nous sommes donc absolument opposés à un financement qui ne reposerait que sur une génération ou sur une partie de la population. Nous construisons justement en ce moment des solutions visant à mobiliser l'ensemble des générations dans une dynamique intergénérationnelle.

Un point de débat existe aussi sur la proposition de réserver l'APA uniquement aux personnes qui ne pourraient pas avoir une démarche assurantielle ou mutualiste. Nous considérons que si la protection sociale constitue un des fondamentaux de notre société, assumée par tout le monde, c'est parce que tout le monde bénéficie de la protection sociale à hauteur de ses besoins. Il faut donc faire attention dans ce débat lorsque nous faisons entrer la question des ressources dans le droit à bénéficier de certaines prestations, car cela fait entrer cette même question dans le champ de la santé.

### M. Michel HUNAUULT

Je rappelle à ma voisine que l'APA a été créée sous la législature Jospin, mais que nous avons dû subordonner l'APA à des situations de patrimoine et de revenus. En effet, quand l'APA a été créée, il n'y avait aucune limitation et une personne assujettie à l'Impôt de solidarité sur la fortune (ISF) pouvait prétendre à l'APA. Vous me permettez donc d'être en désaccord avec vous en acceptant la solidarité nationale, mais en tenant compte de la réalité des patrimoines et des revenus. En

effet, faire bénéficier de la solidarité nationale des personnes dont les revenus dépassent une certaine moyenne et qui possèdent un patrimoine important n'est pas concevable. La solidarité nationale doit permettre la correction des inégalités apparaissant entre ceux qui ont les moyens de financer leur dépendance et ceux qui ne les ont pas. Nous avons donc là un point de désaccord : vous créez l'APA, et nous avons été obligés de modifier la loi pour la concentrer vers ceux qui n'avaient aucun moyen.

### M<sup>me</sup> Charlotte BRUN

Effectivement, un point de désaccord apparaît. C'est parce que tout le monde a droit à la santé en France que le système de protection sociale tient. Si l'on construit une protection sociale réservée à ceux qui n'en ont pas les moyens, le système sera fragilisé dans vingt ou trente ans, car ceux qui le financent voudront davantage financer leur propre système de protection individuelle. Il s'agit d'une vraie menace sur l'ensemble du dispositif.

Monsieur JACQUAT me disait aujourd'hui que Madame BETTENCOURT peut bénéficier de l'APA ; la socialiste que je suis vous répondra que c'est tant mieux, puisque c'est parce qu'elle peut en profiter qu'une majorité de Français peut aussi en bénéficier, et c'est ce qui protège la protection sociale de demain. Il est heureux dans tous les cas que l'APA, existe car elle est versée à 1 million de bénéficiaires, contre 100 000 pour la Prestation spécifique dépendance (PSD) auparavant, qui était pour sa part conditionnée au recours sur succession. On voit également que la montée en puissance de l'APA est liée à cette levée du recours sur succession. J'insiste donc sur le fait que c'est parce que l'ensemble des Français peuvent bénéficier d'un droit à hauteur de leurs besoins, que ce droit pourra continuer d'être financé par tout le monde, et davantage par les plus riches évidemment.

### M. Pierre HÉMON

C'est un vieil argument facile d'arguer que, puisqu'un droit universel existe, tout le monde peut en profiter. Je ne sais pas si Madame BETTENCOURT en profite, mais lorsque l'on se penche sur les chiffres, on se rend compte



## TABLE RONDE N° 3

que les personnes qui disposent de grosses fortunes ne demandent pas forcément l'APA, car elles mettent en place des dispositifs pour compenser leurs difficultés.

Il s'agit donc d'un faux argument, comparable à celui mis en avant lorsque l'on affirme qu'il ne faut pas créer une cinquième branche de la Sécurité sociale parce que les autres seraient déjà dans le rouge. Toutes les branches de la Sécurité sociale ne sont pas déficitaires, loin de là, et à l'occasion d'une précédente table ronde, on nous a dit que les contrats dépendance étaient déductibles des charges patronales. À partir de ce moment-là, cet argent ne rentre pas dans les caisses de la Sécurité sociale. Ainsi, involontairement ou pas, on organise donc le déficit de la Sécurité sociale pour déclarer ensuite qu'elle est déficitaire, et qu'il n'est donc pas possible de créer de cinquième branche.

### M. Jérôme PORIER

Denis JACQUAT, le gouvernement fait actuellement la chasse aux niches fiscales. Faut-il créer des avantages fiscaux pour inciter les Français à s'assurer contre la dépendance ?

### M. Denis JACQUAT

Il ne faut pas oublier que le secteur de la dépendance représente de vrais emplois, déclarés, non délocalisables. Il faut donc peser d'un côté les conséquences de l'exonération, qui stimule et crée des emplois, sachant qu'un salaire est préférable à une indemnisation-chômage, et de l'autre les conséquences de l'absence d'exonération. Dans le cadre d'un déficit public qu'il faut réduire, et en tenant des comptes des conséquences positives des exonérations, il faut voir si l'absence d'exonération engendrerait des situations de personnes dépendantes non aidées, un retour du travail au noir ou la sortie de l'emploi de personnes qui auraient été embauchées dans ces fonctions d'aide. Nous sommes donc face à un choix de société.

Je parlais de politique sociale et politicienne, et on en fait beaucoup ce matin. À l'Assemblée nationale, il y a

quelques années, nous discutons de la garde des jeunes enfants et l'Allocation de garde d'enfant à domicile (Aged), qui existait alors, était sur le point d'être réduite à l'initiative du gouvernement de gauche. Je me souviens avoir alors reçu beaucoup d'associations de la région parisienne, composées de personnes aisées, qui me disaient qu'elles ne feraient plus garder légalement leurs enfants, engageraient des personnes au noir ou n'en déclareraient qu'une moitié. L'Aged était parfaitement fonctionnelle et prévoyait en effet des exonérations importantes.

En commission des Affaires sociales, quand certains déclaraient que « *Cela ne profite qu'aux riches* », je répondais que seules les personnes ayant de l'argent peuvent employer légalement une personne à domicile. Comme cela a été rappelé ce matin, 1 euro de rémunération versé coûte 1,60 euro à l'employeur, pour 80 centimes seulement qui finissent dans la poche des salariés. Il faut donc bien rester les pieds sur terre.

### M. Jérôme PORIER

Pierre HÉMON, cette idée de demander aux Français qui possèdent un patrimoine de piocher dedans pour financer leur dépendance constitue-t-elle une rupture du contrat républicain ?

### M. Pierre HÉMON

Non, les réponses sont plus basiques. Nous avons des expériences concrètes de ce qu'il advient lorsque l'on met en place un recours sur succession. Les personnes retardent le moment où elles font la demande d'aide ; dès lors, leur situation personnelle et physique s'aggrave. Dans des cas extrêmes, en zone rurale principalement, le seul bien estimé est la maison de la personne. Le problème de la transmission de la ferme, du terrain se pose alors, et beaucoup de personnes âgées ont trouvé la solution, une des solutions : le suicide ! De tels cas existent. Il faut donc arrêter de parler du recours sur succession, car on risque de provoquer un recul des demandes et des situations tout à fait dramatiques.



## CONCLUSION

### **M. Bernard DEVY** Président de l'OCIRP

#### **M. Jérôme PORIER**

Merci à tous les intervenants de ce débat et à vous tous qui avez été avec nous ce matin. Six mois de débat vont s'ouvrir et j'espère que France Info, l'OCIRP et *Le Monde* auront pu apporter leur pierre à cet édifice.

#### **M. Bernard DEVY**

Je serai très rapide car la matinée a été très dense, et je ne vais pas relancer le débat, même si l'envie ne m'en manque pas. Je souhaiterais rappeler le rôle important qu'a joué et joue aujourd'hui l'OCIRP par les initiatives qu'il a pris depuis plusieurs années, dans son domaine qui touche à la famille et qui concerne en l'occurrence le handicap et la perte d'autonomie.

De ce point de vue, nous sommes un des maillons de cette chaîne de solidarité qui s'exprime autour du handicap et de la perte d'autonomie. Si cette dernière n'est pas un problème de société, c'est d'abord et avant tout un débat de société.

J'ai retenu un certain nombre de mots au cours de cette matinée. Tout d'abord, on a beaucoup dit qu'il fallait changer l'image négative du vieillissement. Au travers des expériences et actions conduites par les acteurs qui s'impliquent autour de ce problème de la perte d'autonomie, nous avons pu voir qu'au-delà du financement, certaines initiatives participent à l'élaboration et à la construction de ce que l'appelle aujourd'hui le bien-vieillir.

Nous avons aussi beaucoup parlé du rôle de la protection sociale. Je ne rentrerai pas dans le débat, mais certains ont parlé de socle public et les partenaires sociaux et les organismes de protection sociale ont un rôle à jouer autour de ce sujet, en complément des décisions prises par les pouvoirs publics. Ceux-ci vont lancer un grand

débat autour de ce sujet ; nous l'espérons pour 2011 après l'avoir attendu en 2010, mais nous pouvons comprendre que le gouvernement avait d'autres occupations, auxquelles j'ai d'ailleurs pu activement participer. Il est bien entendu souhaitable que nous arrivions à trouver, sur un tel problème, les meilleures solutions pour les intéressés.

Je rappelle également le rôle incontournable des familles de l'assurance sur ce sujet, ce qui ne signifie pas pour autant que le problème est tranché.

Pour terminer, je remercie nos partenaires, les groupes de protection sociale, la Mutualité Française et le Gema, l'Unaf, le CTIP, qui ont participé aux tables rondes, les parlementaires et élus, représentants de partis politiques, ainsi que France Info et *Le Monde* qui nous accompagnent désormais dans notre démarche. Enfin, je remercie les équipes de l'OCIRP, mobilisées jusqu'à la dernière minute, puisqu'en raison du nombre important de personnes souhaitant participer à cette matinée, nous avons dû changer le lieu de ce débat.

## LA JOURNÉE DU CINQUIÈME RISQUE DE PROTECTION SOCIALE

est un événement organisé par l'OCIRP,  
Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance,  
et parrainé par France INFO, et *Le Monde*.

**en partenariat avec :**

AG2R LA MONDIALE, AUDIENS, APRIONIS, D&O, HUMANIS, MALAKOFF MÉDÉRIC, MORNAY,  
NOVALIS TAITBOUT, RÉUNICA, UNPMF/MUTEX  
et avec le soutien de l'ANDRH  
(Association nationale des directeurs de ressources humaines).

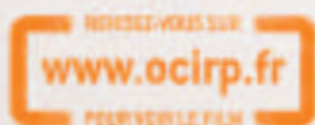


## VEUVAGE, ÉDUCATION, HANDICAP, DÉPENDANCE

C'EST À VOUS DE VOUS UNIR,  
C'EST À VOUS DE VOUS PROTÉGER,  
C'EST À VOUS D'ÊTRE SOLIDAIRE,  
C'EST À VOUS DE FAIRE CE CHOIX.

L'OCIRP, C'EST POUR VOUS,  
**L'OCIRP, C'EST À VOUS**

**C'est à vous, cotisants, employeurs et salariés**, à votre solidarité, c'est à vous, professionnels de la prévoyance, à votre persévérance, c'est à vous DRH et partenaires sociaux, à votre attachement à la protection sociale que l'OCIRP doit son efficacité, et la performance de ses garanties. Dans le cadre d'un contrat de prévoyance d'entreprise ou d'un accord de branche, plus de quatre millions de salariés et sept cent mille entreprises relèvent des garanties de l'OCIRP.



**Les garanties OCIRP sont diffusées par les institutions de prévoyance membres des groupes** AG2R LA MONDIALE - AGRICA - APICIL - ARIES - AUDIENS - D&O - HUMANIS - IRCEM - LOURMEL - MALAKOFF MÉDÉRIC - MORNAY - NOVALIS TAITBOUT - RÉUNICA - VICTOR HUGO. **Et les institutions de prévoyance** ANIPS - APGIS - CAPSSA - CREPA - GNP\* - ICIRS Prévoyance - IPBP - IPECA Prévoyance - IPSEC - UNIPRÉVOYANCE