

Journée d'information

L **a couverture
du risque
dépendance**

16 janvier 2008

S o m m a i r e

Ouverture de la journée

- ✓ **Michel DIEU**
Président du CTIP

La prise en charge de la dépendance

- ✓ **Denis PIVETEAU**
Directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

Les enjeux financiers liés au vieillissement de la population

- ✓ **Hélène GISSEROT**
*Procureur général honoraire près la Cour des Comptes, auteur du rapport
"Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 :
prévisions et marges de choix"*

La dépendance collective en entreprise

- ✓ **Pascal BROUSSOUX**, *Directeur technique, AG2R*
- ✓ **Jean-Claude GALLOU**, *Directeur du développement, OCIRP*
- ✓ **Docteur Marcel GARNIER**, *Directeur Innovation Santé, MEDERIC*
- ✓ **Stephan REUGE**, *Directeur Prévoyance Santé, PRO BTP*

Les réflexions du gouvernement sur la prise en charge du risque dépendance

- ✓ **Pierre-Alain de MALLERAY**
*Conseiller du Cabinet du Ministre du Travail, des Relations sociales
et de la Solidarité*



Allocution d'ouverture

Michel DIEU, *Président du CTIP*



Par ses déclarations de l'automne dernier sur la dépendance, le Président de la République a relancé les réflexions sur l'amélioration de la prise en charge de ce risque dans notre pays. Il a annoncé que cette réflexion devait déboucher sur des décisions à la fin du premier semestre de cette année.

Avec la mise en place de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA), en 2001, puis de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en 2005, la dépendance a été mieux prise en compte par notre système public de solidarité. Parallèlement, le secteur de l'assurance et de la prévoyance s'est progressivement développé et couvre aujourd'hui plus de 2,5 millions de nos concitoyens en matière de dépendance. Pourtant, face aux perspectives démographiques et aux enjeux financiers associés à ce nouveau risque, il reste encore du chemin à parcourir pour assurer une prise en charge satisfaisante des personnes en perte d'autonomie, accroître et rationaliser les services nécessaires et surtout permettre à ces personnes de conserver un niveau de vie suffisant tout en faisant face aux coûts élevés de la dépendance. Chacun sait qu'avec une retraite moyenne de 1 300 € et une APA moyenne de 400 €, le compte n'y est pas, même si, dans certains cas, l'équation devrait aussi intégrer les revenus du patrimoine.

La prise en charge de la dépendance soulève de multiples problèmes, qu'il s'agisse du rôle du secteur public ou de celui de l'assurance privée, et c'est sans doute pourquoi les décisions publiques sur ce sujet ont pris du temps.

C'est tout d'abord un risque encore peu connu et difficilement prévisible, comme l'ont montré les différents rapports sur le sujet, en particulier celui de Mme GISSEROT qui nous fait l'honneur de participer à nos réflexions aujourd'hui.

L'évaluation, à horizon de 20 ans ou plus, du nombre de personnes en situation de dépendance est un exercice délicat, tant il faut à la fois intégrer les évolutions démographiques profondes, c'est-à-dire le vieillissement inéluctable de la population, mais aussi l'amélioration considérable de l'état de santé des personnes âgées. On vit aujourd'hui plus vieux, avec des gains annuels d'espérance de vie de l'ordre du trimestre chaque année (et même presque un semestre l'an dernier pour les hommes), de sorte qu'au "troisième âge" succède aujourd'hui un "quatrième âge". Sa durée ne cesse de s'accroître et on vit en bien meilleure santé que les générations précédentes. C'est ce qui rend la prévision difficile en la matière. Qui peut nier que la prise en charge de ce risque sera évidemment différente, si par exemple les progrès de la recherche sur la maladie d'Alzheimer débouchent d'ici 5 ou 10 ans sur des avancées thérapeutiques majeures ?

C'est ensuite, et nos concitoyens partagent majoritairement ce sentiment, un risque qui devrait relever essentiellement de la solidarité familiale. Faire prendre en charge ce risque par la solidarité nationale, c'est admettre les limites de la solidarité familiale, c'est peut-être même la décourager. Mais la canicule de l'été 2003 a montré, par son bilan cruel, qu'elle ne saurait suffire et que la solidarité nationale doit venir suppléer les carences de la solidarité familiale.

Dans le secteur public, c'est un risque dont la prise en charge est organisée d'une façon très complexe. C'est presque un cas d'école. Il relève, en effet, à la fois de la sécurité sociale, notamment de la branche maladie, mais aussi de l'Etat et des collectivités locales, principalement des départements, au titre de l'aide sociale. Il a été longtemps difficile de faire en sorte que tous ces acteurs aillent dans le même sens, ou de mobiliser de façon optimale les financements apportés par les uns et les autres. Il aura fallu attendre la mise en place de la CNSA, clé de voûte de ce "cinquième risque", pour qu'une rationalisation des interventions soit possible. Je salue la présence de M. PIVETEAU, qui dirige la CNSA et nous exposera ce matin à la fois le fonctionnement et les missions de la CNSA et les propositions de la Caisse, développées dans un rapport de cet automne, pour favoriser la prise en charge de la dépendance.

Enfin, du point de vue de l'assurance privée, et même si le marché français de la dépendance est aujourd'hui le deuxième du monde après celui des Etats-Unis, il s'agit de faire face à un risque encore peu connu, de survenance tardive et très aléatoire. C'est pourquoi le marché de l'assurance dépendance individuelle s'est encore assez peu développé : les sondages les plus récents montrent que c'est seulement à un âge assez avancé que nos concitoyens se sentent concernés par ce risque et décident dans certains cas de souscrire une assurance spécifique. Aujourd'hui, ils sont plus de 2,5 millions à avoir souscrit une assurance dépendance, ce qui représente un montant de cotisations annuel de 350 M€, l'âge moyen des assurés à la souscription étant de 62 ans.

Quant aux contrats collectifs, en l'état actuel des choses, ils ne couvrent ce risque que de façon encore marginale. Rappelons qu'en 2006, les institutions de prévoyance ont reçu 59 M€ de cotisations à ce titre, dont 50 M€ pour une seule institution. Il y a donc des marges de progrès et l'on peut penser que la définition par nos collègues de l'OCIRP d'une offre collective en dépendance, dont M. GALLOU nous parlera en début d'après midi, permettra d'accélérer le développement de ce type de couverture dans les prochaines années.

Le gouvernement souhaite avancer sur ce sujet au cours du premier semestre de cette année. Cela suppose des décisions sur plusieurs points essentiels.

Il est en premier lieu nécessaire d'arrêter les contours de la prise en charge publique de la dépendance, en tenant compte des instruments qui fonctionnent aujourd'hui, l'APA et la CNSA. Nous pensons que la stabilité en la matière est indispensable, car la stagnation des entrées en assurance dépendance en 2006 résulte sans aucun doute des incertitudes et des attentes existant sur ce point. On pourrait imaginer que soit définie une "cinquième branche" de notre protection sociale couvrant le risque dépendance essentiellement ou exclusivement par des ressources publiques.

Mais cette orientation semble avoir été écartée par le Président de la République dans ses annonces de l'automne dernier. Peut-être faudra-t-il alors définir une articulation entre le secteur public et le secteur privé, avec deux types de schémas.

Un premier type dans lequel le secteur public a la responsabilité exclusive de la mise en place des plans personnalisés dépendance et du "panier de soins et de services" correspondant à chaque situation de dépendance ; les financements privés pouvant être mobilisés soit pour participer au financement de ce panier, soit pour le compléter. C'est un peu le schéma défini par la CNSA dans son rapport sur le sujet.

On peut, à l'inverse, et c'est un deuxième type de schéma, considérer que la couverture de ce risque doit reposer prioritairement sur le patrimoine, sur l'épargne d'ensemble, sur l'épargne dédiée et, subsidiairement, sur notre système public. Dans ce schéma, le secteur public est cantonné, limité aux plus modestes de nos concitoyens. C'est un schéma qui a été défendu par le Président de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA) lors des journées parlementaires de la dépendance organisées à l'automne dernier. Nous entendrons sur ce point les orientations actuelles du gouvernement qui nous seront présentées cet après-midi par M. de MALLERAY, Conseiller technique au Cabinet de Xavier BERTRAND.

Par ailleurs, le développement d'une épargne dédiée à la dépendance suppose que soient définies des aides fiscales à l'entrée et à la sortie.

Enfin, la question de l'accès aux prestations en nature est posée. Elle n'est pas simple à régler. Le marché des services à la personne est en plein développement, en particulier sous l'effet du plan BORLOO et, si nous voulons améliorer la prise en charge de la dépendance, il faut faciliter et simplifier l'accès des personnes dépendantes à ces services, mieux former et professionnaliser les personnels. La question est donc posée de savoir si nous devons fournir seulement des prestations en espèces ou nous engager aussi à fournir des prestations en nature.

Par l'organisation de cette journée, nous voulons montrer, dès lors que les règles du jeu sont claires, que les institutions de prévoyance sont prêtes à s'impliquer dans la couverture de ce "cinquième risque", qu'il s'agisse de couverture collective ou individuelle, et à y jouer tout leur rôle."



Christophe VANACKERE, *Espace social européen, animateur de la journée*

La CNSA a été mise en place dans le cadre de la réflexion qui a fait suite à la canicule de 2003. Elle peut être qualifiée de création majeure témoignant de la prise de conscience collective en matière de dépendance et de handicap. Je donne la parole à Denis PIVETEAU qui va nous présenter cette institution et les perspectives ressortant des travaux qu'elle a menés tout au long de l'année, et qui ont fait l'objet d'un rapport intéressant.

La prise en charge de la dépendance

Denis PIVETAU, *Directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)*



I. Présentation de la CNSA

La CNSA est un organisme composite. Le Conseil de la CNSA, qui est l'organe de réflexion et d'expression légitime, rassemble toutes les organisations professionnelles qui sont par ailleurs gestionnaires des grands régimes de protection sociale. Il y a là une annonce de ce que pourrait être la CNSA dans la perspective de la création d'un cinquième risque.

L'introduction du Président DIEU a posé en termes clairs l'essentiel des problématiques. La CNSA renvoie à un épisode assez polémique de 2004 : la création d'une taxe ayant pour contrepartie la suppression du jour férié du lundi de Pentecôte. La CNSA est née dans un climat de soupçon. Il s'agissait à l'époque d'un simple fonds qui devait garantir que l'argent collecté ne connaîtrait par un "effet vignette". Elle a été profondément transformée par la loi de 2005 qui est tournée vers les personnes handicapées. Une véritable caisse a été installée avec un conseil d'orientation gestionnaire. La CNSA ne s'intéresse plus exclusivement aux aides individuelles. Elle est également appelée à gérer des crédits destinés aux établissements. En outre, son champ d'action a été étendu aux personnes handicapées. A partir de 2005, la CNSA est donc installée comme gestionnaire des fonds destinés à la situation de perte d'autonomie. Cette situation peut concerner des personnes de moins de 60 ans. Dans la catégorisation administrative, une perte d'autonomie est désignée par le terme "handicapé" pour les moins de 60 ans, et "âgé dépendant" pour les plus de 60 ans.

La CNSA verse aux départements des sommes leur permettant de distribuer des aides individuelles telles que l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées et les prestations de compensation du handicap pour les personnes handicapées. Elle est gestionnaire de la répartition territoriale des crédits de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) médico-social, donc des sections "soins" des maisons de retraite, et des tarifs "soins" des établissements pour personnes handicapées.

II. Le rapport du Conseil de la CNSA

Le Conseil comprend 54 membres en comptant les suppléants. Il constitue un écho complet de la diversité des acteurs de la protection sociale dans le champ de la perte d'autonomie. Ce conseil a élaboré un rapport en octobre 2007. Il ne s'agit pas d'un rapport classique consistant à présenter une proposition. Il s'agit plutôt d'une expression partagée de questionnements. Face à la perte d'autonomie, il est difficile de savoir ce qu'englobe le sujet sur le plan des statistiques. Il soulève de nombreuses questions (les soins sont-ils compris ? le reste à charge en maison de retraite en fait-il partie ?...). L'ordre dans lequel ces questions doivent se poser est apparu comme un élément nécessaire de clarification du débat public.

Ce rapport a demandé plusieurs mois de travail. Il ne tranche pas les questions, mais pose une problématique commune. Il vient en amont de la concertation annoncée par le gouvernement et des arbitrages qu'il prendra par la suite. Cette compréhension partagée est essentielle.

Il découle de ce rapport deux constats sur ce qu'est la perte d'autonomie, deux choix proposés au débat public et deux grandes lignes de gouvernance.

1. Les deux constats

a. Une situation commune...

Le premier constat est que la perte d'autonomie est une situation de vie, comme peuvent l'être la perte de santé ou la perte de revenus. Cette situation est perçue collectivement comme un mal social, une situation à corriger qui mérite pour ce faire la mise en place d'une organisation collective.

Cela n'est pas une évidence. Par exemple, dans le domaine de l'assurance, les dommages aux biens ne sont pas considérés comme des situations de mal collectif, à l'exception des catastrophes naturelles.

Il s'agit plus d'un troisième risque, avec la perte de santé et la perte de revenus, que d'un cinquième. La tarification des maisons de retraite spécialisées donne une bonne illustration de ce propos. Elles ont trois tarifs : une section soins, une section dépendance et une section hébergement. La manière dont les dépenses des maisons de retraite sont imputées sur ces trois tarifs peut se discuter, mais l'idée est là. Il y a trois champs de dépenses et, virtuellement, trois champs de protection sociale.

L'assurance maladie couvre 100 % de la section soins. L'APA en établissement couvre relativement bien la section dépendance. Quant à l'hébergement, c'est normalement l'assurance vieillesse et donc les retraites qui doivent le couvrir. Or, le tarif moyen d'hébergement est supérieur à 1 200 euros par mois, alors que la retraite moyenne est de 1 000 €.

Aux soins, au gîte et au couvert s'ajoutent des besoins extraordinaires liés au manque d'autonomie. La question du risque dépendance consiste à savoir si nous nous organisons collectivement pour prendre ces dépenses supplémentaires en charge.

b. ... pour autant de projets personnels différents

Il n'y a pas que les personnes âgées qui sont concernées par la perte d'autonomie. 90 % des personnes obligées de rester dans un lit ou un fauteuil sont des personnes âgées. Il y a un million de bénéficiaires de l'APA, mais il y a aussi 800 000 bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH). Il est possible d'y ajouter une bonne partie des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap.

Il n'y a pas convergence des publics concernés. Cette situation de vie peut concerner tout le monde. Cela peut concerner pour une période donnée une personne suite à un grave accident de la route. Ce risque unique dissimule une grande diversité de situations qui interdit toute standardisation de la réponse. Si l'on veut standardiser les outils d'évaluation, en revanche, les réponses à apporter vont être très diverses entre deux personnes. La situation de la perte d'autonomie est doublement subjective. Elle dépend d'abord de l'environnement de vie de la personne. S'y ajoute la subjectivité liée aux intentions de vie que manifeste la personne. Elle peut souhaiter faire du sport, avoir une activité sociale développée, etc. C'est une des grandes nouveautés de la loi de 2005 : celle-ci dit que la prestation de compensation du handicap doit être définie à partir du projet de vie de la personne. Cela n'est pas facile à mettre en œuvre d'un point de vue administratif. Mais cette évolution est importante dans la mesure où la protection sociale y est perçue comme une réponse à un projet personnel. Il s'agit de se mettre en mesure d'accompagner collectivement les aspirations exprimées, dans le cadre de niveaux de financements qui peuvent être plafonnés.

Cet élément est plus aisément compréhensible dans le cadre du handicap. Les besoins de communication d'une personne sourde ou aveugle ne dépendent pas seulement du degré de son handicap. C'est la raison pour laquelle le conseil de la CNSA n'a pas souhaité utiliser le mot "dépendance". En effet, la dépendance est un état dont la mesure, par exemple par la grille AGGIR, permet de déterminer le plafond d'argent public qui peut être délivré. Le choix du terme "autonomie" montre la référence à un projet. Il ne s'agit pas de fixer un niveau de dépendance, mais d'évaluer l'aspiration à l'autonomie par rapport à un projet. Faire sauter la barrière d'âge vise à ne pas entrer dans un dispositif administratif qui est a priori différent parce que la personne a plus de vingt ans ou plus de soixante ans.

Avec cette recherche de réponses personnalisées, il s'agit de garder ce qu'il y avait de meilleur dans ce qui était précédemment du ressort de l'action sociale.

2. Les deux choix

Deux choix de société sont posés par le Conseil de la CNSA. L'ordre de ces questions est important.

La première question consiste à définir l'étendue de ce que nous souhaitons garantir. Quel est le panier de biens et services susceptible de répondre à un besoin d'autonomie ? La réponse à cette question est déjà apportée dans l'assurance maladie avec la nomenclature des actes médicaux, la liste des médicaments remboursables et les règles du diagnostic médical. Il s'agit de définir les mêmes outils dans le champ de la perte d'autonomie.

Il faut avoir pour l'ensemble des situations de perte d'autonomie un dictionnaire et une grammaire d'utilisation commune, même si la prescription va varier d'un individu à l'autre. Ces définitions sont délicates et très politiques. Tout dépend de ce qu'on définit comme standard d'autonomie. Il s'agit, par exemple, de déterminer le projet d'autonomie qu'il est légitime d'avoir pour une personne âgée. Il y a eu un écho de ce débat de société en 2005 lorsqu'on s'est demandé s'il fallait inclure une aide ménagère dans la prestation de compensation du handicap.

Cet accord doit être trouvé entre tous ceux qui, ensuite, seront appelés à apporter leur concours financier. S'il est demandé que des financements publics et privés concourent au paiement de ces prestations, il faut que la grammaire et le dictionnaire soient établis dans le consensus par les financeurs publics et privés. Il ne doit pas s'agir d'une nomenclature imposée par les organismes publics ou par voie réglementaire.

La deuxième question dans le raisonnement consiste à définir qui doit payer. La question du périmètre d'action doit bien être distinguée de celle de la source de financement. Il est possible d'imaginer un assez large accord sur ce que nous voulons faire alors que sur le financement, les positions des membres du Conseil de la CNSA sont loin d'être unanimes. On peut soutenir que l'argent public doit se concentrer sur des publics prioritaires et les situations que l'assurance individuelle et collective ne sont pas à même de couvrir. L'argent public peut également viser un effet de levier pour permettre l'accès à une assurance individuelle.

Dans l'assurance maladie, il a été décidé que l'argent public couvre un certain pourcentage du coût des actes et médicaments. La logique de répartition entre la prévoyance collective reposant sur des prélèvements obligatoires et la prévoyance personnelle (individuelle ou collective) n'obéit pas dans l'assurance maladie à des logiques parfaitement homogènes. Ces logiques sont le résultat d'un empilement historique plutôt que d'une réflexion d'ensemble et claire sur les objectifs à atteindre.

Nous sommes à l'orée de l'apparition d'un nouveau champ de la protection sociale. Le Conseil de la CNSA propose d'en profiter pour clairement définir les bases. Cela revient à définir les priorités d'emploi de l'argent public. C'est pour cela qu'on peut parler d'un droit universel, d'une prestation personnalisée et d'une aide financière publique qui peut être très modulaire. Il peut être possible de garantir un droit universel par une combinaison de financements.

3. Deux éléments de gouvernance

Il s'agit d'éléments proposés au débat par le Conseil de la CNSA. Dans le conseil s'est exprimé la volonté de trouver un compromis dans l'idée que les collectivités locales, en tant que gestionnaires de proximité, sont adéquates pour gérer localement le risque de perte d'autonomie. Cette volonté s'explique davantage par la diversité de ce que cela comporte que par l'argument de proximité. Assurer un accompagnement consiste à garantir des financements, mais aussi à s'investir dans l'organisation d'une certaine offre de services. L'histoire a fait des départements les gestionnaires de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Les départements sont donc positionnés comme des collectivités locales de référence.

Le deuxième élément de gouvernance est la définition d'un opérateur national. Si la gestion locale de la prestation est confiée à une collectivité politique, cette dernière est responsable de garantir l'égalité de traitement sur son territoire, mais aussi vis-à-vis des autres territoires. Une responsabilité forte pèse alors sur le président du conseil général. Encore faut-il qu'il soit possible de mesurer la manière dont il l'accomplit. Cela nécessite de se doter d'un outil de suivi transparent.

Il convient également de se doter d'instruments financiers de péréquation entre départements et de méthodologies d'évaluation homogènes.

III. Conclusion

Après avoir clarifié les concepts entre situation de perte de santé, de perte de revenus et de perte d'autonomie, il faut veiller à ce que cela n'aboutisse pas à éclater la situation des personnes concernées entre trois guichets. La frontière entre les soins et l'accompagnement de la dépendance est très poreuse. Dans la gestion quotidienne d'un établissement pour personnes âgées dépendantes et médicalisées, les différentes sections sont également très proches. Il faut donc réunifier ces éléments dans une logique centrée sur la personne et qui permette une grande continuité entre les différents champs de protection sociale. La situation actuelle consistant à confier à la CNSA le soin de gérer à la fois le risque de dépendance et l'ONDAM médico-social destiné aux établissements est un bon choix. Avoir une agence qui permet d'avoir une vision globale et cohérente de l'argent consacré aux mêmes personnes et établissements sur le soin et la perte d'autonomie est un avantage pour une bonne gestion de l'argent public. Il faut être capable de penser des risques séparés tout en offrant des réponses jouant sur les divers domaines.

Le message de ce rapport est la prise de conscience d'un concept nouveau qui mérite une prise en charge sociale et un projet de société. L'émergence de la perte d'autonomie comme un champ de protection sociale est très liée à la tendance de notre société à se centrer sur les projets individuels.

La deuxième idée forte du rapport est qu'il ne faut pas confondre projet de société et financement public. La puissance publique n'a pas nécessairement à financer la totalité de ce qui relève d'un projet de société. En revanche, il lui revient de fixer les règles générales de fonctionnement et d'intervenir avec le financement public pour le rendre possible.

L'angle d'approche du sujet se limite trop souvent à la fiscalité à trouver pour couvrir la dépendance du grand âge. Il ne s'agit pas que du grand âge, et avant de définir la fiscalité, il faut d'abord définir les objectifs et la répartition entre financement fiscal et privé.



Questions/réponses



Daniel BOGUET, *Président de la CAPSSA*

Je souhaite poser une question en tant que citoyen. Nous approchons d'échéances cantonales. La création de l'APSD avait posé des problèmes aux départements. Nous savions que l'APA serait vite confrontée à des limites. Etes-vous en train de nous annoncer que ce seront demain les Conseils généraux qui prélèveront sur les citoyens ce que vous redistribuerez ensuite ?

Denis PIVETEAU

Le Conseil de la CNSA dit bien qu'un projet de société n'exclue pas le financement public, mais qu'il s'agit de deux questions distinctes. Il n'y a pas d'unanimité des partenaires représentés au sein de ce Conseil pour un partenariat public/privé. Cette orientation est celle du Président de la République. En revanche, dans le cheminement des questions, il est important de savoir d'une part ce qu'on veut faire et d'autre part comment le financer. Votre question revient à définir de quel financement public il peut être question. Les financements peuvent être assis sur une fiscalité locale, nationale ou sur un mélange des deux. Cela fait partie du débat qui vient après et qui est essentiel. A ce propos, il ressort des réflexions du Conseil que les départements ne sont pas désireux de financer. Tout le monde s'entendrait plutôt à en faire un financement national. Personnellement, je considère que pour responsabiliser un opérateur, il est souhaitable qu'une fraction de la dépense dépende de lui. C'est une condition de recherche de qualité dans la conduite de la politique qu'il mène. Il serait donc souhaitable que les départements soient responsabilisés financièrement. Il y a un accord sur cette nécessité de partage.

J'ai une deuxième remarque personnelle. Derrière ces questions de financement se posent les enjeux de péréquation et d'équité territoriale. De ce point de vue, garantir un pourcentage minimum de financement national ne serait pas une mauvaise chose. Ce n'est pas le cas actuellement. Aujourd'hui, la CNSA représente ce financement national versé aux départements en complément de leurs recettes propres. Mais ce financement est plafonné par les recettes de la CNSA. La CNSA collecte au titre de la CSG et de la contribution de solidarité pour l'autonomie environ 3 milliards d'euros en incluant la PCH (Prestation de compensation du handicap). Elle reverse tout. Si le coût total augmente, la part relative de son intervention diminue. Je ne pense pas qu'une forte variation de cette part relative soit une bonne chose. Une diminution de cette part signifierait que le financement national ne joue plus son effet de levier. Au titre de l'équité territoriale, je rejoins l'idée d'un pourcentage plancher pour l'intervention nationale tout en pouvant verser davantage aux départements en ayant le plus besoin.

Paul CADOT, *CFDT, Vice-président du Groupe APICIL, du GNP et de l'IREX, membre du Conseil d'administration du CTIP*

Dans le financement de tout ce qui relève du soutien à l'autonomie, vous parlez de financement public et de financement privé. J'aurais tendance à évoquer trois financements.

Le public, le mutualisé et le privé. Le financement public peut être géré en répartition. Le financement mutualisé ne peut gérer qu'en provisions. Il ne peut pas assurer ceux qui ne sont plus assurables. La plupart des opérateurs estiment qu'après 70 ans, il n'est plus possible de s'assurer. Il existe un grand nombre de personnes qui ne sont plus assurables, mais qui présentent un risque certain de ne pas être en capacité de financement privé. Comment le rapport de la CNSA a-t-il abordé cette question d'un risque immédiat au financement progressif ?

Denis PIVETEAU

Les échanges au sein de la CNSA n'ont pas réellement approfondis cette question. Dans l'introduction de ce nouveau champ de protection sociale, il ne suffit pas d'avoir un état cible, mais il faut être capable de définir les étapes qui vont y conduire. Ce sont des étapes longues. Des générations actuellement en mesure de souscrire une assurance vont arriver à l'âge leur permettant de recevoir les rentes associées à ces assurances. Il faut définir la réponse à apporter aux personnes qui ne sont plus en capacité de souscrire une assurance.

C'est une vraie question que de définir le financement des étapes, les 10, 15 ou 20 ans qui nous séparent d'un éventuel schéma cible. Cela peut faire partie des critères de répartition de l'argent public.

Christophe VANACKERE

Vous nous avez indiqué à plusieurs reprises que la volonté de la CNSA consiste à sortir les réponses faites à la perte d'autonomie de l'action sociale pour en faire une véritable approche de protection sociale. Pensez-vous que la vivacité des réponses aux initiatives telles que les projets ou propositions de loi en vue de la récupération sur succession au sujet de l'APA, correspond à un climat majoritaire qui viendrait étayer votre projet ? Pensez-vous au contraire que les freins à ce projet sont encore persistants ?

Denis PIVETEAU

Vous avez raison de dire qu'un rappel est intervenu en décembre. Ce n'est toutefois pas une nouveauté. Quelques sénateurs ont pour spécialité de revenir sur le sujet de la récupération sur succession à intervalles réguliers. Cela a au moins le mérite de poser le débat. Il me semble utile de revenir sur les points qui font consensus au sein du Conseil. La notion de droit universel provoque souvent de vives réactions de la part de personnes qui en soulignent le coût. Mais il ne s'agit pas de calibrer l'importance du droit sur la capacité des finances publiques de le couvrir. Il s'agit de se mettre d'accord sur le droit avant de définir les critères d'accès et donc l'emploi de l'argent public. Le critère patrimonial est un exemple. Toutefois, il ne faut pas confondre l'introduction de ce critère pour cibler la part que prendra l'argent public et la question de la récupération sur succession. Ce n'est pas la même chose que de tenir compte du patrimoine du vivant d'une personne ou après son décès. De manière quasiment unanime, les membres du Conseil ont marqué leur forte réticence à recourir à la récupération sur succession.

Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas tenir compte du patrimoine. Intégrer le patrimoine, ne serait-ce que dans certains volets de la prestation, afin de moduler la mobilisation de l'argent public, n'est pas illégitime.

Jean-Pierre GILQUIN, FO, Administrateur PREMALLIANCE PREVOYANCE et ARRCO

Je souhaite revenir sur l'aspect économique. La dépendance ne se traite pas uniquement dans des établissements spécialisés dont vous avez notamment évoqué le coût d'hébergement souvent supérieur au niveau des retraites. Un aspect économique important doit néanmoins être pris en compte. Je pense notamment aux créations d'emplois. C'est un transfert économique intéressant. J'étais hier au contact de personnes qui travaillent aux côtés des personnes âgées avec des chèques emploi service. Ils disaient d'ailleurs se sentir rançonnés du prélèvement de 10 % de frais de gestion. L'autre aspect important est celui des risques. Dans la montée en charge prévisionnelle de la couverture de la dépendance, je n'ai pas encore entendu cette notion de risque. Nous entendons des versions variées quant à l'évolution de ce risque sur les prochaines années.

Denis PIVETEAU

Le bilan économique collectif global reprenant dépenses publiques et création d'emplois est une question qui n'est pas propre au risque de la perte d'autonomie. Cette question doit se poser par ailleurs pour déterminer ce que coûte à la collectivité le fait de fixer les prélèvements obligatoires à un certain niveau. Derrière le prélèvement, il y a un retour à l'économie réelle via les créations d'emplois. Derrière l'organisation du risque de perte d'autonomie, il y a beaucoup plus que des enjeux financiers. L'organisation collective à définir est multidimensionnelle et suppose une réflexion prospective sur le nombre d'emplois, leur nature et de nouveaux savoir-faire dans les métiers. Il ne faut pas seulement avoir une politique de solvabilité de la demande, mais aussi garantir qu'il y a bien une offre qualifiée et correctement répartie sur le territoire. La réflexion collective est insuffisante au niveau de cette organisation de l'offre. Quant à l'évaluation du risque et la prévalence des situations, il est très difficile de se prononcer. Hélène GISSEROT en parlera peut-être tout à l'heure puisqu'elle a mené un premier travail d'évaluation. Ma conviction est qu'il existe une dimension statistique avec une grande marge d'incertitude liée au progrès médical. Il y a une grande incertitude sur l'anticipation du nombre moyen d'années sans autonomie. Une projection qui est souvent entendue est que, d'ici 2025 ou 2030, nous aurons une évolution moyenne de 1,5 à 2 % par an du nombre de personnes privées d'autonomie.

Le véritable enjeu financier n'est pas tant lié à la pression démographique qu'au projet qu'on se propose de suivre. Ce ne sont pas nécessairement les personnes les plus lourdement dépendantes qui pourront avoir les plus gros besoins d'aide à l'autonomie. Car il s'agit de l'aide à un projet d'autonomie. Lorsque je m'occupais d'établissements pour personnes handicapées, j'étais frappé de constater que le plus grand déploiement de compétences professionnelle et donc de coût ne portait pas toujours sur les personnes les plus lourdement handicapées. Le handicap lourd exige en effet une grande présence pour divers gestes quotidiens. Mais pour une personne plus autonome peut survenir l'envie de faire davantage.

Il s'agit donc de définir jusqu'où peut aller le projet individuel d'une personne privée d'autonomie. C'est un choix de société qui sera beaucoup plus déterminant sur le coût global.

René HESME, *Administrateur AGRI-PREVOYANCE*

Vous avez beaucoup parlé de la répartition entre les dépenses publiques et privées. Je m'interroge sur l'offre de services de qualité. Avez-vous une idée de la part que pourrait représenter l'offre de service publique par rapport à l'offre de service privée ? Pour une personne en perte d'autonomie se pose également la question de s'orienter vers un établissement public ou privé.

Denis PIVETEAU

En l'état actuel de ses compétences, il serait difficile pour le Conseil de la CNSA de se prononcer sur l'opportunité de garantir un certain équilibre entre les statuts des offreurs. Il serait déjà souhaitable de s'intéresser davantage à l'offre. Un premier pas important serait de ne pas se limiter au coût et de s'interroger également sur le service. De cela découle l'organisation nécessaire pour permettre des services de qualité. Cela suppose des référentiels permettant d'apprécier la qualité de ces services. L'offre publique est actuellement très minoritaire et limitée aux maisons de retraite. Dans le domaine du handicap, il existe très peu d'offres publiques. La responsabilité du secteur public consiste déjà à garantir une carte de l'offre qui soit quantitativement et qualitativement équilibrée. Nous en sommes très loin aujourd'hui.

Il y a une inégalité d'équipement globale sur le territoire, que ce soit dans le public ou le privé. D'un département à un autre, la proportion du nombre de places dans toutes les structures existantes peut varier très fortement. Si la variation est souvent de 1 à 4, pour accueillir une personne de plus de 75 ans, sur la totalité de la population de cette classe d'âge, elle varie de 1 à 10. Nous sommes donc dans une situation d'inégalité territoriale massive. Par ailleurs, cette situation se double de forts contrastes dans les profils de prise en charge.

Au Sud, on trouve beaucoup de prises en charge ambulatoires, notamment d'actes de soins infirmiers avec une offre libérale importante. Au Nord, les prises en charge sont plus institutionnelles. Certaines régions connaissent le cumul ou la carence des deux. Ces divergences sont le principal problème à traiter avant même que de s'attaquer à celle du statut des établissements. Malgré une gestion nationale des enveloppes, ces situations se sont créées sans qu'elles soient corrigées.

Michel DIEU

Je remercie Monsieur PIVETEAU pour la clarté, la précision et l'impact de ses propos.

Monsieur PIVETEAU a souligné que la gestion de la perte d'autonomie est un choix de société. Je pense que le paritarisme a toute sa place dans ce débat.



Les enjeux financiers liés au vieillissement de la population

Hélène GISSEROT, *Procureur général honoraire près la Cour des Comptes, auteur du rapport "Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix"*



Christophe VANACKERE

Comme Michel DIEU vous l'a indiqué, nous avons le plaisir d'accueillir Hélène GISSEROT. Madame GISSEROT, entre autres missions et responsabilités, a été présidente de la commission qui a établi un rapport sur la dépendance remis au précédent Ministre de la Santé.

Hélène GISSEROT

Je vais vous présenter les principaux axes du rapport que nous avons remis à Philippe BAS. Ce rapport a déjà presque un an et a déjà pu perdre un peu de son actualité. Après avoir analysé les différents facteurs de nature à peser sur le coût de la dépendance des personnes âgées, ce rapport s'est attaché à décrire ce que nous avons appelé un "nouveau risque de protection sociale".

I. Facteurs d'évolution du coût de la dépendance des personnes âgées

Ces facteurs sont en premier lieu d'ordre démographique. Ils dépendent de l'évolution prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2025, voire 2050.

Ces prévisions démographiques se fondent sur l'augmentation de la population des personnes âgées de plus de 75 ans à partir de 2021 et jusqu'en 2050, du fait de l'arrivée à cet âge des générations issues du baby boom, nées entre 1946 et 1975. Ce phénomène s'accélérera à partir de 2031, avec une progression annuelle de 3 % de cette population, contre 1 % auparavant.

A l'inverse, l'évolution de la longévité, de l'âge d'entrée en dépendance et de la durée de vie en dépendance sont des éléments sur lesquels pèsent davantage d'incertitudes. Sur la base des études réalisées par l'INSEE et la DREES, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes devrait avoisiner 20 % d'ici 2018, et 23 % d'ici 2040. Il ne s'agit donc pas d'un raz-de-marée démographique - tout du moins pas dans l'immédiat - mais d'un risque à terme représentant environ le tiers de la progression des dépenses de prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Ce risque démographique pourrait être couvert par la seule évolution des financements actuellement affectés à la dépendance.

Les deux autres tiers de la progression des dépenses de prise en charge de la dépendance des personnes âgées seront soumis aux choix politiques opérés sur le niveau quantitatif et qualitatif de l'offre de services de prise en charge de la dépendance, aujourd'hui insuffisante malgré les progrès accomplis depuis la création de l'APA. La France consacre désormais 1 % de son PIB à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, au même niveau que le Royaume-Uni et l'Allemagne. En 2000, la France se situait en queue de peloton des pays européens.

Cet effort de rattrapage a notamment été entrepris par le plan de solidarité grand âge, qui comporte trois axes principaux :

- compenser la raréfaction prévisible des aidants familiaux par une augmentation de l'offre de services fournis par les professionnels ;
- développer la possibilité pour les personnes âgées et leur famille de choisir librement entre maintien à domicile et institutionnalisation ;
- recentrer l'offre en établissement sur les personnes âgées les plus dépendantes, ce qui implique une augmentation du taux d'encadrement.

Les coûts salariaux ont une incidence importante sur ces dépenses (85 % de la dépense prévisible). Ce poids sera d'autant plus important que l'augmentation de la quantité des services se conjuguera avec la nécessité d'améliorer les qualifications des personnels et de développer l'attractivité des métiers dans un secteur aujourd'hui déficitaire.

Le Centre d'analyse stratégique estime qu'entre 2005 et 2025, le coût des personnels triplera à domicile et doublera en établissement.

Les responsables politiques devront également se prononcer sur le niveau souhaité du laissé à charge des personnes âgées et de leur famille, tant en matière d'hébergement dans les établissements qu'en termes de ticket modérateur de l'APA.

Trois éléments devront être pris en considération :

- l'évolution de la capacité de financement des retraites - sachant que ces dernières et l'APA sont indexées sur les prix, conduisant à une érosion du pouvoir d'achat de services - et la dispersion des retraites ;
- l'évolution du patrimoine détenu par les personnes âgées, dont la croissance est prévisible ;
- la mauvaise performance en termes de redistribution du système actuel de financement de la dépendance, défavorisant les classes moyennes.

II. Les trois scénarii du rapport sur la dépendance

La commission n'a pas souhaité trancher entre les trois hypothèses qu'elle a identifiées.

1. Refus de toute augmentation des prélèvements obligatoires affectés à la compensation de la dépendance

Ce scénario comporte deux variantes. La première consiste à maintenir le niveau actuel de prise en charge par la maîtrise des coûts, alors que la deuxième revient à améliorer ce niveau tout en recentrant la couverture publique sur les personnes âgées les moins aisées ou les plus dépendantes.

Le rapport a exprimé une nette préférence sur un recentrage sur les personnes âgées les moins aisées, car celui sur les personnes âgées les plus dépendantes nuirait à l'effort de prévention de la dépendance.

2. Faire progresser le niveau des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance pour concilier le maintien du taux actuel de prise en charge de la dépendance par la contribution publique et l'amélioration du contenu de la prise en charge

Le plan de solidarité grand âge s'est engagé dans cette voie.

3. Accentuer la socialisation du risque par la création d'une prestation universelle unique

Cette prestation s'accompagnerait de la mise en place d'un ticket modérateur unique. Ce scénario est celui qui nécessite le plus fort relèvement des prélèvements obligatoires affectés à la dépendance.

III. Sources envisagées de financement

Le rapport a formulé trois réflexions préliminaires quant aux sources de financement mises à contribution dans les scénarii 2 et 3. Il précise tout d'abord que le raisonnement a été conduit sans faire de pari sur une évolution favorable de la conjoncture (reprise de la croissance économique, diminution du taux de chômage). La commission n'a pas pris en compte les recettes résultant des créations d'emploi dans le secteur considéré.

D'autre part, le rapport souligne le niveau relatif des dépenses consacrées à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Les évaluations de la Cour des Comptes et celles du Centre d'analyse stratégique chiffrent à 16 milliards d'euros le montant des dépenses relatives à la dépendance des personnes âgées, montant qui est couvert à 60 % par l'assurance maladie, à 20 % par les départements et à 11 % par l'Etat. Des redéploiements en matière d'assurance maladie - réforme des unités de soins de longue durée, suppression de lignes "chirurgie" au profit de la création de lits d'accueil pour personnes âgées dépendantes - auraient des incidences majeures.

Le rapport souligne enfin que la question du financement implique une clarification préalable de la frontière entre assurance maladie, dépendance et hébergement.

Les pistes explorées recommandent tout d'abord le maintien de la solidarité nationale par le biais de l'APA, même si cette dernière présente des imperfections à résoudre. La ligne de partage entre financement national et local pourrait donner lieu soit au versement aux départements d'un pourcentage fixe des recettes allouées à la dépendance soit à la prise en charge par l'Etat d'un pourcentage fixe des dépenses liées à l'APA.

Lors de la remise du rapport à Philippe BAS, ce dernier a pris position en faveur de la prise en charge par l'Etat d'un pourcentage de 50 % des dépenses liées à l'APA.

La grille AGGIR donne lieu à de nombreuses critiques. Elle vise à définir l'éligibilité à l'APA mais prend mal en compte les démences. La grille est particulièrement contestée dans son rôle de définition du plan d'aide, qui engendre de fortes disparités entre les départements. Elle est en cours de refonte par la direction générale de l'action sociale.

La révision du ticket modérateur de l'APA pose la question d'une éventuelle prise en compte du patrimoine dans les ressources.

Par ailleurs, l'égalité de traitement n'est pas assurée entre les territoires.

Le rétablissement éventuel d'un recours sur succession est une autre question en suspens. Si le patrimoine est pris en compte dans les ressources donnant droit à l'APA, un tel recours ne serait plus nécessaire.

Pour dégager des ressources supplémentaires pour financer la dépendance, je ne recommande pas la création d'un nouveau prélèvement obligatoire. Pour autant, nous avons peiné à trouver une recette spécifiquement affectée à cette dépense.

Nous avons proposé tout d'abord d'étendre la contribution de solidarité pour l'autonomie à des revenus qui en sont aujourd'hui exonérés (professions non salariées par exemple), piste que Philippe BAS a écartée.

Notre deuxième suggestion consiste à aligner le taux de la CSG des retraites sur celui appliqué aux revenus d'activité. Le produit de cet alignement serait dynamique car il croîtrait avec le nombre de retraites distribuées. D'autre part, cette solution serait légitime, car les retraités financeraient leur dépendance. Un tel alignement qui devrait s'opérer progressivement, est lié au problème de l'évolution des retraites.

Nous avons également proposé de conjuguer le maintien d'une APA aménagée avec le développement de l'assurance privée, qui n'est pas aujourd'hui un élément de financement significatif de la dépendance. Si la France est le deuxième marché mondial de l'assurance dépendance, ce dernier est encore récent et limité.

L'assurance privée présente l'avantage de limiter les charges pesant sur le système de répartition et donc d'alléger la charge des actifs. D'ici 20 ans, ces derniers auront à leur charge leurs grands parents dépendants, leurs parents à la retraite et leurs enfants. Il est donc impossible d'augmenter indéfiniment les charges pesant sur les actifs.

La dépendance étant un risque à terme, l'assurance privée peut être un mécanisme adapté à l'anticipation d'un risque par la création de provisions croissantes. Le rapport du Centre d'analyse stratégique préconise la "mobilisation d'une couverture assurantielle du risque dépendance, en particulier dans une perspective à long terme".

Le développement du marché de l'assurance dépendance implique l'adaptation des produits existants, avec l'élargissement de l'assiette des contrats individuels pour en réduire le coût par la sensibilisation des personnes concernées. Il est également possible de rendre obligatoire la souscription à une assurance dépendance, hypothèse à laquelle le Ministère des Finances n'est pas hostile.

Par ailleurs, il sera nécessaire de trouver des solutions en matière de transférabilité des droits acquis au titre d'un contrat collectif au moment du départ de l'entreprise. Un contrat individuel pourrait par exemple regrouper ces droits lors du départ à la retraite. Un couplage entre l'assurance dépendance et les contrats d'épargne retraite / assurance vie est également envisageable. De nouvelles formules - assurance de groupe familial ou amical - peuvent également être développées.

Les pouvoirs publics pourraient soutenir la souscription de telles assurances, soit par le redéploiement des aides fiscales existantes, soit par l'octroi d'une aide directe. Certains départements sont favorables à cette dernière solution en faveur des populations les moins aisées.

IV. Conclusions du rapport

Le rapport s'est nettement prononcé en faveur de la création d'un nouveau risque de protection sociale, qui ne devra pas remettre en cause les droits sociaux des personnes. Il ne s'agit donc pas de créer un régime spécifique aux personnes âgées incluant l'assurance maladie, mais de conserver le partage de la gestion de ce risque entre l'Etat (via la CNSA) et les départements.

A terme, le rapport préconise la mise en place d'un régime permettant la convergence entre personnes âgées et personnes handicapées. Si les besoins de ces populations ne sont pas les mêmes, il n'y a pas de différence de nature entre la dépendance et le handicap. La convergence pourrait progresser en trois étapes :

- élaboration d'un outil commun d'éligibilité aux droits à compensation ;
- identification et valorisation d'un panier commun de soins et de services au titre du droit à compensation ;
- harmonisation des éléments financiers de couverture de risques en maintenant un équilibre entre transversalité du risque et différenciation du niveau de solidarité nationale à mettre en œuvre.



Questions/réponses



Emil DUBOIS, *Administrateur IONIS-PREVOYANCE*

Vous avez évoqué l'instauration d'une répartition équitable de la contribution de l'Etat et des départements au financement de l'APA et le développement d'offres d'assurance privées. Les accords d'entreprise conclus avec des institutions de prévoyance entreront-ils dans les 50 % de financement de l'APA ?

Hélène GISSEROT

Les dépenses des départements au titre de l'APA sont fonction du niveau de dépendance des personnes âgées du département et des ressources de ces dernières.

Christophe VANACKERE

L'évaluation de la charge future de la dépendance est un risque nouveau à gérer, du fait de l'absence de données, ce qui complique la mise en place de services idoines.

Hélène GISSEROT a expliqué que le Ministère des Finances pourrait accepter de rendre obligatoire la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire du régime de base de l'APA. Cette éventualité pourrait être une réponse à la difficulté de développer les souscriptions des contrats d'assurance dépendance.

Hélène GISSEROT

Le rapport n'a pas préconisé la mise en place d'une assurance obligatoire mais a mis en avant la nécessité d'élargir l'assiette, les contrats étant souscrits trop tardivement. Qui plus est, ils sont souvent souscrits alors qu'une personne est déjà dépendante dans la famille, ce qui constitue un mauvais risque pour l'assureur.

Je suis réservée quant au caractère obligatoire de l'assurance dépendance. Il n'y a pas réellement de différence financière pour la population entre la mise en place d'un prélèvement obligatoire et une souscription d'assurance obligatoire. Une souscription obligatoire devrait être assortie d'aides pour ceux qui ne peuvent pas la financer.

De la salle

Dans le cadre d'une assurance obligatoire, le fournisseur peut prélever la cotisation à la source. Pour la FFSA, elle s'assimile à une assurance automobile. Comment s'assurer que la population a bien souscrit une assurance dépendance ?

Hélène GISSEROT

L'assurance automobile vise à protéger les tiers, alors que l'assurance dépendance ne concerne que l'assuré.

Michèle VIGUIER, Administrateur AG2R PREVOYANCE et ISICA-PREVOYANCE, Membre du Conseil d'administration du CTIP

La création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale est-elle encore d'actualité ?

Hélène GISSEROT

Il est actuellement envisagé de créer un cinquième risque. Cette idée n'est donc pas mise de côté. Ma préférence va à la création d'une cinquième branche de la protection sociale, car la notion de branche sous-tend un équilibre financier entre recettes et dépenses. A l'inverse, la notion de risque n'implique pas un tel équilibre.

Nous sommes aujourd'hui confrontés à un risque à terme, totalement nouveau. A mon sens, ces situations nécessitent une réponse personnalisée, que ne permet pas la gestion centralisée sur le modèle de la Sécurité sociale de 1945.

Bernard PAQUIGNON, Administrateur CPCEA

Il me semble logique que de nombreuses personnes assurées au titre de la dépendance souhaitent percevoir une rente plutôt que de bénéficier directement de services. Cette rente leur permet en effet de payer les services qui leur conviennent le mieux.

Hélène GISSEROT

A mes yeux, la solution à ce problème est une prise en charge des nouvelles dépenses liées à la dépendance par la Sécurité sociale, par répartition. Il serait nécessaire d'augmenter les cotisations, mais une hausse conséquente des salaires permettrait de l'assumer.

Dans les entreprises actuellement en NAO (négociation annuelle obligatoire), le patronat propose une hausse comprise entre 1 % et 1,5 % d'augmentation générale. Une telle hausse ne permettra pas aux citoyens de faire vivre leurs grands parents, leurs parents et de payer les études de leurs enfants tout en pensant un peu à eux.



Table ronde

La dépendance collective en entreprise

Pascal BROUSSOUX, *Directeur technique, AG2R*
Jean-Claude GALLOU, *Directeur du développement, OCIRP*
Docteur Marcel GARNIER, *Directeur Innovation Santé, MEDERIC*
Stephan REUGE, *Directeur Prévoyance Santé, PRO BTP*



Christophe VANACKERE

Nous avons consacré notre matinée aux grands enjeux de la dépendance. Nous allons maintenant nous pencher sur le rôle actuel des institutions paritaires et sur la place qu'elles souhaitent occuper à l'avenir.

Le CTIP a invité plusieurs personnes à venir témoigner d'une expérience de terrain, afin d'en tirer des pistes de réflexion venant enrichir nos travaux.

Notre premier intervenant représente l'opérateur historique de la dépendance dans le milieu paritaire : AG2R.



▪ **Pascal BROUSSOUX, *Directeur technique AG2R***

Le produit que nous avons lancé sur la dépendance SAFIR, a vu le jour en 1995. S'il n'y avait pas eu d'action sociale, ce produit n'aurait jamais pu exister. A l'époque, le mot "dépendance" n'était pas répandu. SAFIR signifie en effet "Sécurité Autonomie Financière des Retraités".

Les concepteurs de ce produit ont réfléchi aux besoins des allocataires au moment de leur retraite et de leur vieillesse. Le risque de la perte d'autonomie a été identifié, tout comme les éventuelles difficultés financières ne leur permettant pas de pourvoir à leurs besoins face à cette situation délicate et difficile. De ce constat est né le produit SAFIR.

Pendant les vingt années qui ont suivi son lancement, ce dernier a été amélioré. Le risque a été de mieux en mieux maîtrisé, même si nous sommes encore dans une phase de découverte du risque dépendance. En effet, nous ne savons en effet pas précisément quels seront les progrès de la médecine et les futures conditions de vie des personnes dépendantes, éléments essentiels dans l'appréciation du risque.

SAFIR n'est pas le seul produit destiné aux personnes dépendantes. AG2R propose également des services à la personne et mène des actions de prévention santé. A travers la structure Primavita, AG2R rencontre des salariés en entreprise avant leur départ à la retraite.

Entre 1985 et 2006, 240 000 contrats SAFIR ont été souscrits. Cette population est composée de deux tiers de femmes et d'un tiers d'homme. L'âge moyen à la souscription atteint 65 ans. La cotisation moyenne annuelle s'établit à 360 euros, soit 30 euros par mois. Près de 8 000 rentes sont en service, pour une moyenne annuelle de 7 200 euros.

Les personnes bénéficiant de rentes dépendance sont des femmes pour les trois quarts d'entre elles. La moyenne d'âge des rentiers dépendance est de 78 ans.

Christophe VANACKERE

Cette moyenne d'âge est-elle celle du stock ou de survenance du risque ?

Pascal BROUSSOUX

Il s'agit de la moyenne d'âge des rentiers, celle concernant la survenance du risque est 75 ans.

Christophe VANACKERE

Cela signifie que les assurés cotisent en moyenne pendant dix ans avant que la dépendance survienne.

Pascal BROUSSOUX

Depuis sa naissance, SAFIR s'est concentré sur le risque lourd - c'est-à-dire sur la dépendance totale -, ce besoin nécessitant un accompagnement financier important. Pour sa part, la dépendance partielle est couverte par le versement d'un capital lorsque cette dernière intervient, de manière à faire face à des dépenses d'aménagement de l'habitation.

Les Français ne sont pas friands d'assurances "à fonds perdus". C'est pourquoi nous avons aménagé notre produit, en laissant la possibilité à nos assurés d'y adjoindre de l'épargne. Le capital peut être perçu ou réinvesti dans le risque dépendance.

Nous considérons que ce risque peut être assuré, moyennant certaines précautions permettant de bien le gérer. Il est ainsi nécessaire de suivre régulièrement l'évolution de certains indicateurs :

- la survie des cotisants ;
- la probabilité d'entrée en dépendance ;
- la probabilité de décès en état de dépendance.

Nous nous servons de lois mathématiques pour constituer des provisions. Notre schéma d'assurance revient pour l'assuré à préfinancer par lui-même des besoins qu'il pourrait rencontrer à l'avenir en cas de survenance du risque. Les cotisations des assurés constituent en effet les provisions qui permettront de faire face aux engagements que l'assureur a pris vis-à-vis de ses assurés lorsque le risque survient.

Dans ce cadre, le financement public n'intervient pas. Nous ne pouvons compter que sur nos fonds propres. L'assurance individuelle préfinancée par l'assuré peut participer aux recherches de solutions dans ce domaine.

Nos premiers clients ont été les allocataires de notre institution de retraite. Nos assurés ne bénéficient pas tous de retraites conséquentes, contrairement aux idées préconçues sur le coût des produits dépendance.

Christophe VANACKERE

Une étude récente montre que les catégories employés et ouvriers souscrivent à ces produits, alors que des catégories socioprofessionnelles disposant de revenus supérieurs s'assurent moins.

Pascal BROUSSOUX

Ce constat se vérifie dans notre portefeuille. L'assurance individuelle n'est qu'une solution parmi d'autres. Les personnes disposant d'un patrimoine ou de revenus conséquents peuvent faire face autrement au risque dépendance, sans assurance et sur leurs fonds propres.

Christophe VANACKERE

Nous avons examiné avec vous le portefeuille individuel d'AG2R. Tournons-nous à présent vers Jean-Claude GALLOU de l'OCIRP, qui a lancé le dernier produit en date sur la dépendance.



▪ Jean-Claude GALLOU, *Directeur du développement de l'OCIRP*

L'OCIRP est l'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance. Les entreprises ne sont pas nos clients directs, car nous nous adressons en premier lieu aux institutions membres de l'OCIRP.

L'OCIRP est le spécialiste de la protection sociale de la famille et des rentes (rentes de conjoint, rentes d'éducation, désignations dans 80 professions). Lorsqu'il s'est agi de dépendance, les institutions se sont tournées vers nous pour obtenir une réponse en matière de couverture des salariés.

Nous avons dû faire preuve d'imagination pour concevoir des réponses et prendre en compte de nombreux paramètres. L'entreprise souhaite que la mise en place d'un régime de prévoyance ne s'accompagne pas d'un passif social. La garantie offerte se devait également d'être pérenne et d'apporter une réponse viagère.

Notre fonctionnement se fonde sur un système à cotisations définies. L'entreprise, en accord avec les salariés, définit la cotisation affectée au risque. Comme dans un système de retraites, nous ponctionnons des cotisations versées au titre du contrat de l'entreprise.

Les salariés accumulent ainsi des points dépendance, à l'image de la retraite. S'ils quittent l'entreprise, les salariés conservent leurs points, grâce à un système de portabilité, et peuvent continuer de cotiser à titre individuel.

La garantie dépendance que propose OCIRP permet de percevoir une rente mensuelle en cas de dépendance totale, partielle, temporaire ou définitive.

Notre régime est souscrit par des entreprises, qui décident par la négociation des cotisations affectées à la couverture de ce risque. Il n'y a donc pas de dérives possibles en matière de cotisations, car ces dernières donnent lieu à des droits identifiés et cumulés dans le temps.

La couverture individuelle est une solution alternative, dont l'accès est difficile pour un certain nombre de salariés qui ne sont pas en mesure de financer une cotisation. Le contrat d'entreprise me semble être le meilleur support, car il est collectif, solidaire et parce que la cotisation est partagée entre l'entreprise et le salarié. Ce dernier n'a en effet pas à sa charge la totalité de la cotisation. Qui plus est, les cotisations sont déductibles, à l'image de celles affectées à un régime de prévoyance obligatoire.

Certaines personnes peuvent subir un handicap avant l'âge de 60 ans, après un accident de voiture par exemple. Elles peuvent être immobilisées et être dans l'incapacité temporaire d'accomplir certains actes de la vie courante. Dans cette hypothèse, le salarié devenu temporairement dépendant pourra bénéficier du paiement de la rente dépendance prévue par l'OCIRP jusqu'au jour de son rétablissement.

La rente d'invalidité du régime de prévoyance a pour objet de se substituer à la perte de revenus du salarié dans l'entreprise. Pour sa part, la rente dépendance couvre les frais supplémentaires occasionnés par l'état de dépendance.

Lorsque le salarié redeviendra dépendant - probablement vers l'âge de 75 ans -, il touchera sa prestation en fonction des points acquis. Il ne pâtira pas d'avoir touché prématurément une rente dépendance s'il a subi temporairement un handicap avant 60 ans.

Les régimes collectifs souscrits par l'entreprise ne prévoient pas de période de carence, contrairement à d'autres contrats existants. Dès la survenue de la dépendance, la prestation est versée. Pour des maladies neuro-dégénératives engendrant une dépendance, certains contrats ne prévoient pas de prestation, imposent un délai pour le versement de cette dernière ou remboursent les cotisations.

Cette approche n'est pas la notre. Un salarié ayant cotisé perçoit immédiatement une prestation, qui est fonction des droits acquis. A tout moment, ce dernier connaît le nombre de points qu'il a accumulés, à travers un relevé de points dépendance annuel.

La garantie dépendance a rencontré un certain succès. Les accords conclus représentent près de 100 000 participants, alors que la mise sur le marché n'est intervenue qu'en 2005. Nos discussions avec la profession de la poissonnerie - qui regroupe 7 000 salariés - ont abouti à la mise en place de la garantie dépendance, à l'initiative des partenaires sociaux.

Ces derniers ont voulu assurer les salariés, afin de leur permettre de ne pas avoir à faire appel à la solidarité familiale en cas de survenue d'une dépendance.

Le tassement des retraites et des pensions de reversions les a incité à mettre en place cette garantie. Qui plus est, il est toujours délicat de mettre la famille à contribution. Se garantir dans le cadre d'un contrat d'entreprise ou d'une convention collective paraît la solution la plus adaptée.

En 2007, THALES a adhéré à notre garantie, sur proposition de la direction générale de l'entreprise. La mise en place de cette garantie est aisée lorsque l'entreprise présente un excédent et a la possibilité de la financer sans augmenter la charge de la cotisation de l'entreprise.

Christophe VANACKERE

A votre avis, quelle est la manière de contribuer à l'essor des couvertures dépendance collectives ? Etant donné le cadre fiscal existant (l'enveloppe prévoyance), faut-il créer un cadre spécifique ou assouplir à nouveau l'enveloppe prévoyance ? Comment sensibiliser les entreprises qui ont des moyens limités à la garantie dépendance ?

Jean-Claude GALLOU

L'entreprise et les partenaires sociaux comprennent les enjeux que nous leur présentons. Des salariés âgés de moins de 60 ans - âge auquel est souscrit un contrat collectif obligatoire - souhaitent faire appel à un contrat collectif qui oblige à anticiper et à préfinancer la dépendance, ce qui s'avère plus délicat dans le cadre d'une approche individuelle.

Lorsque les salariés jeunes cotisent dans le cadre d'une entreprise - et de surcroît lorsque cette cotisation est obligatoire -, la cotisation mensuelle atteint 10 € environ. Elle permet de financer une garantie qui survit au départ du salarié de l'entreprise.

Tous les salariés d'une profession ayant fait le choix d'une couverture dépendance sont assurés de bénéficier de la même garantie, quelle que soit leur entreprise. Nous recevons aujourd'hui des demandes émanant de professions dont les partenaires sociaux s'intéressent à la dépendance. Ces derniers considèrent que la solidarité nationale (APA et retraite) ne pourra pas financer l'intégralité de ce risque et que les individus devenus dépendants devront nécessairement s'acquitter d'une partie de ce financement.

Les salariés n'envisagent pas de faire appel à solidarité familiale et de se servir de leur succession pour financer les coûts engendrés par leur dépendance.

Jean-Claude GALLOU

Pour dynamiser et de faciliter la mise en place des contrats, les pouvoirs publics peuvent prévoir pour les contrats collectifs un dispositif social et fiscal distinct. Le cadre des régimes de retraite supplémentaire (article 83) me semble approprié à la dépendance.

En effet, cette dernière intervient le plus souvent après la retraite. Il est donc possible d'imaginer un volet dépendance de la retraite, qui reviendrait à donner davantage aux personnes dépendantes. Dans cette hypothèse, l'enveloppe fiscale et sociale retenue serait celle de la retraite supplémentaire, et non plus celle de la prévoyance.

Un tel dispositif serait bénéfique pour tous, notamment pour les salariés qui pourraient bénéficier d'une garantie dans des conditions favorables.

Christophe VANACKERE

De nombreuses solutions techniques existent pour faire face à la dépendance. Stephan REUGE, partagez-vous cette analyse sur l'assurance dépendance ?



- **Stephan REUGE, *Directeur prévoyance santé, PRO BTP***

Pour financer la dépendance, trois solutions s'offrent à nous : le recours aux pouvoirs publics, le financement par la personne dépendante et son cercle familial, un cercle de mutualisation via l'entreprise.

Pour notre part, nous avons réfléchi aux facteurs d'incitation et de motivation à l'adhésion à une couverture individuelle ou collective.

Il est indispensable de développer des solutions pour les personnes âgées de plus de 60 ans et qui ne sont plus couvertes par l'entreprise. La couverture individuelle semble la plus indiquée dans ce cadre, ce qui nous a amenés à en développer une. Nous avons à ce jour une dizaine d'années d'expérience.

Nous imaginions au départ que les "cols blancs" feraient le choix d'une couverture individuelle, sachant que leurs moyens étaient plus élevés. L'expérience nous a montré que d'anciens ouvriers du BTP, issus de l'immigration pour une part non négligeable, ont souhaité adhérer. A travers leur adhésion, ces ouvriers n'ont pas souhaité se couvrir au titre de la dépendance, mais prendre des garanties pour leur famille. Ils souhaitent transmettre le patrimoine qu'ils ont accumulé leur vie durant, au conjoint ou à leurs enfants. L'enjeu de la dépendance est pour eux un facteur d'anxiété important. Ils craignent avant tout pour leur famille.

La couverture individuelle répond surtout à un désir de protection des proches plutôt qu'à une volonté de se prémunir contre sa propre dépendance. A mon sens, ce phénomène explique la forte adhésion des "cols bleus" à la garantie individuelle, que nous n'avions pas imaginée à son lancement.

Dans le cadre de la couverture individuelle, la limite de l'effort financier que les assurés peuvent consentir est particulièrement déterminante. La meilleure couverture est celle qui couvre les assurés en dépendance totale, mais aussi à partir des premières manifestations de la dépendance. Pour autant, cette couverture est tellement onéreuse que seule une minorité a les moyens de la financer.

Nos assurés sont obligés d'effectuer des arbitrages. Certains choisiront un montant de cotisation limité car ils ne peuvent cotiser davantage et seront couverts pour la dépendance totale ou pour l'ensemble des formes de dépendance. Dans ce dernier cas, la rente dont ils bénéficieront sera limitée et ne répondra qu'à une partie des besoins financiers engendrés par la dépendance.

Dans la majorité des cas, la garantie individuelle ne couvre pas la totalité du besoin car la cotisation nécessaire pour ce faire serait trop élevée (plus de 50 euros par mois) pour des foyers modestes.

Les individus peuvent se couvrir avant 60 ans dans le cadre de leur activité professionnelle, à travers un système mutualisé d'entreprise. Cette solution présente a priori de nombreux avantages par rapport à la garantie individuelle. Tout d'abord, aucune condition d'entrée n'est requise (questionnaire médical par exemple), ce qui permet de couvrir l'ensemble des salariés. Qui plus est, tous les assurés sont couverts de la même manière, quels que soient leurs revenus. Cette solution amène les individus à cotiser tôt, ce qui permet de limiter le montant de la cotisation mensuelle, d'autant plus que les entreprises participent au financement.

Malgré ses avantages apparents, la garantie collective peine à prendre son essor, à l'inverse de la garantie individuelle des jeunes seniors. Les entreprises du BTP sont en effet réticentes, car les salariés sont jeunes (36 ans de moyenne d'âge chez les ouvriers, moins de 40 ans pour tous les types de population). A 30 ans, les salariés ne se préoccupent pas de se préparer à faire face à une situation de dépendance lorsqu'ils seront âgés. Ils se focalisent sur le financement de leur logement ou de leur véhicule, et s'interrogent également sur celui de leur retraite. De fait, la couverture dépendance n'est pas la préoccupation première des entreprises dont la population est jeune.

De plus, les entreprises se préoccupent davantage du court terme que du long terme en matière de prévoyance. Elles s'attachent davantage à réévaluer le niveau des indemnités journalières ou de la couverture santé qu'à se projeter sur des rentes de décès ou de dépendance.

A mes yeux, il n'existe pas de solution unique pour assurer l'essor de la couverture dépendance collective. Il faut néanmoins donner une impulsion afin que d'autres priorités ne prennent pas le pas sur celle de la dépendance. Les règles fiscales et sociales peuvent constituer un facteur déclenchant, tout comme le développement d'une approche multirisque. Il est en effet plus difficile de sensibiliser en proposant une assurance spécifique sur la dépendance qu'en incluant celle-ci dans une solution multi-produits.

Nous devons faire preuve de créativité en termes de produits proposés. L'impulsion individuelle est également fondamentale, qu'il s'agisse du DRH dans l'entreprise ou des services des institutions. Le rôle des partenaires sociaux dans cette impulsion est majeur.

Christophe VANACKERE

Vous avez mis en avant les facteurs psychologiques et humains pesant sur les différents intervenants (DRH, salariés ou individus), que va également évoquer le docteur Marcel GARNIER dans son intervention.



- **Dr Marcel GARNIER, *Directeur innovation santé, MEDERIC***

Je remercie le CTIP d'avoir consacré une journée d'information à la dépendance, car il est essentiel d'en parler pour avancer. La priorité est de permettre aux personnes dépendantes de conserver le plus longtemps possible leur autonomie et non pas de traiter la dépendance comme un problème financier terminal.

La question est de savoir si les nombreux produits tournés vers la prise en charge de la dépendance répondent aux besoins des familles et des salariés. Dans le cadre de son approche sur la dépendance et sur l'autonomie, MEDERIC s'est penché sur la longévité. Il est en effet fréquent qu'une famille compte cinq générations et qu'il faille aider les aidants des personnes dépendantes. La longévité est prise en compte par notre groupe via des accords avec une douzaine de maisons de retraites médicalisées et des réservations de lits. Nous possédons en tant qu'institution de prévoyance des outils de connaissance du vieillissement extrêmement puissants (bilans de retraite gériatriques avec l'AGIRC et l'ARRCO par exemple). Nous disposons d'une clinique à Versailles de 250 lits, qui œuvre à la prévention et à l'information sur le soin. Le cercle MEDERIC s'adressant à nos retraités est un autre de ces outils. Nous lancerons prochainement une plateforme d'aide aux aidants, car la dépendance lourde concerne 2 millions d'aidants, essentiellement des femmes.

Notre avons progressivement construit notre apprentissage de la dépendance, de la perte d'autonomie et du vieillissement mal compensé. D'après les gériatres, 25 % du vieillissement est "réussi", alors que le vieillissement usuel concerne 50 % des cas et que le vieillissement pathologique touche 25 % des individus. Il est essentiel de cotiser en amont pour se préparer à faire financièrement face aux conséquences du vieillissement. Les individus doivent travailler leur capital santé le plus tôt possible, grâce à la prévention et au dépistage. Ces outils permettent d'étudier l'évolution de la longévité tout au long de la vie, plutôt que de traiter la dépendance en fin de vie.

Les produits d'assurance et de services doivent évoluer au fil de la vie, pour prendre en compte l'aide à apporter aux aidants, l'aménagement de l'appartement nécessaire en cas de dépendance ou le développement des technologies nouvelles (domotique, télémédecine, télédiagnostic).

Nous devons réfléchir avec le monde de l'immobilier à la construction d'appartements thérapeutiques au rez-de-chaussée. En tant qu'assureurs, nous devons nous interroger sur les services qu'il est nécessaire de créer.

Les offres que les différents acteurs ont bâties ne répondent pas encore aux besoins des assurés. Elles doivent être enrichies de services à valeur ajoutée. Les services à domicile en cours de développement font face à des problèmes de formation, d'évaluation des professionnels et d'évolution de ces derniers. Il est impossible d'inciter des jeunes à travailler dans l'aide à domicile sans leur offrir des perspectives d'évolution de carrière.

Dans le cas du vieillissement et de la longévité, un projet de vie doit être bâti progressivement en fonction de l'état de santé de la personne. Au-delà de l'aide ponctuelle à apporter, les assurés attendent une aide médicale, administrative et sociale. MEDERIC dispose de délégués à l'action sociale sur le terrain et d'informations du monde paritaire qui lui permettent d'intervenir.

L'avenir est à l'enrichissement progressif des produits par les services au fil du temps et de l'espace.

Christophe VANACKERE

La quasi-totalité des groupes paritaires et des institutions de prévoyance s'investit dans les services. Certains vont avoir un rôle d'animateur d'une enseigne nationale, alors que d'autres investissent dans des entreprises. Estimez-vous que le développement des services est une évolution nécessaire et profonde de ce métier ?

Dr Marcel GARNIER

Tout à fait. Nous avons créé en 1999 la Fondation Médéric Alzheimer, qui travaille sur l'aide aux aidants et mène des actions de recherche instauré en février 2007, un comité médical regroupant des gérontologues, des chercheurs, des universitaires, réfléchit à la manière dont MEDERIC pourra trouver des partenaires. Les plateformes doivent apporter une réelle valeur ajoutée de proximité aux adhérents. La question de la dépendance doit être traitée le plus localement possible.

Christophe VANACKERE

Je laisse la parole à Jean-Louis FAURE, qui va tirer les conclusions des quatre interventions sur la dépendance collective en entreprise.



Jean-Louis FAURE, Délégué général du CTIP

Notre métier nous impose de tenir nos engagements sur le long terme. Je remarque qu'AG2R estime que vingt années d'historique sur SAFIR ne suffisent pas à comprendre pleinement la dépendance. En tant qu'assureurs, nous devons faire preuve de prudence sur les engagements que nous prenons vis-à-vis des entreprises et des salariés.

AG2R nous a expliqué qu'elle se concentrait sur les situations de dépendance lourde. Cette approche découle de son positionnement historique. Pour rendre intéressant son produit, ce groupe y a intégré de l'épargne. En effet, les Français ont du mal à accepter d'aliéner le capital qu'ils se constituent. Il me semble qu'il faut garder à l'esprit cette démarche.

Le système de garantie dépendance à points que l'OCIRP a développé vise à permettre aux actifs de bénéficier de rentes en cas de besoin. Monsieur GALLOU a mis en avant la nécessité d'avantages fiscaux et sociaux spécifiques à la dépendance, qui sont une condition nécessaire au développement du dispositif.

Stephan REUGE a montré que la garantie individuelle vise souvent à protéger la famille et que les jeunes salariés ont du mal à se projeter sur le très long terme. Il faut tenir compte de ce phénomène sociologique. Monsieur REUGE nous a expliqué que les acteurs de la dépendance doivent donner une impulsion pour favoriser l'essor de l'assurance dépendance.

Pour sa part, le docteur GARNIER a attiré l'attention sur le maintien de l'autonomie et sur la mise en place d'approches globales incluant la prise en charge de la dépendance et de l'environnement de la personne.

Je vous propose à présent d'accueillir Pierre-Alain de MALLERAY, Conseiller au Cabinet du Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, qui nous fait l'honneur d'être parmi nous pour un point sur les réflexions du gouvernement en matière de dépendance.



Les réflexions du gouvernement sur la prise en charge du risque dépendance

**Pierre-Alain de MALLERAY, Conseiller
du cabinet du Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité**



Je travaille sur la création du cinquième risque de la protection sociale, un concept dont il reste à cerner les contours. Je tiens à vous remercier de votre invitation et à profiter de cette occasion pour dresser un état des lieux des réflexions du gouvernement sur la dépendance. Ce dernier s'inspire du rapport de Madame GISSEROT, qui est intervenue dans le cadre de cette journée d'information. Denis PIVETEAU a dessiné devant vous les grands axes du rapport de la CNSA, remis à Xavier BERTRAND.

Cette journée intervient à un moment central de la réflexion des pouvoirs publics sur la dépendance. Xavier BERTRAND est en effet auditionné aujourd'hui dans le cadre de la mission d'information conjointe du Sénat sur le cinquième risque de la protection sociale.

Ce sujet sera également à l'ordre du jour de la prochaine conférence sociale présidée par le Président de la République. Elle vise à définir l'agenda social de l'année 2008 sur les sujets de protection sociale, aux rangs desquels figure la question de la dépendance.

Le Président de la République a décidé de faire de la dépendance un axe important de son action et de celle du gouvernement. Ce chantier a été annoncé pendant la campagne des élections présidentielles. La réflexion des pouvoirs publics à ce sujet étant encore loin d'être aboutie, je ne vous présenterai aujourd'hui que des pistes de réflexion et non le projet définitif du gouvernement.

Le travail de concertation sera mené par Xavier BERTRAND avec l'ensemble des parties prenantes : les membres du Conseil de la CNSA, les partenaires sociaux, les associations œuvrant en faveur des personnes âgées et handicapées, et le monde de la prévoyance (sociétés d'assurances, mutuelles, institutions de prévoyance).

I. L'organisation actuelle de la prise en charge de l'autonomie et de la dépendance

A l'heure actuelle, l'action en faveur de l'autonomie telle que la conçoit Xavier BERTRAND mobilise 19 milliards d'euros de financement public, tant pour le grand âge que pour le handicap. Cet effort de la nation n'emprunte pas un canal unique mais est délivré à travers un panier de prestations et de services que se voient proposer les personnes en situation de perte d'autonomie.

Pour Xavier BERTRAND, le cinquième risque repose sur une politique en faveur de l'autonomie, axée autour de deux dimensions majeures. Les prestations de santé (prise en charge des personnes par les établissements et services médico-sociaux, médecins coordinateurs des EPHAD (Etablissements d'hébergement pour personnes dépendantes), aides soignants, services de soins infirmiers à domicile, soins prodigués dans les établissements et services dédiés au handicap) constituent la première de ces dimensions et sont essentiellement financées par l'Assurance maladie.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2008 table sur une accélération de 11 % des dépenses de soins des établissements et services médico-sociaux tournées vers le grand âge. L'évolution de ces dépenses témoigne de l'accroissement des besoins, et permettra en 2008 de mieux prendre en charge la maladie d'Alzheimer et d'accélérer la création de places d'EPHAD (7 500 places en 2008, contre 5 000 en 2007).

Les prestations de compensation de la perte d'autonomie (APA notamment) sont le deuxième pilier du cinquième risque. Un nouveau modèle de gestion de la protection sociale voit le jour, qui combine une gestion décentralisée reposant sur les conseils généraux et un organisme national sui generis chargé de la péréquation entre les différents territoires.

La formule du cinquième risque a été retenue car le risque social auquel nous faisons face est nouveau. Le système de Sécurité sociale mis en place en 1945 n'apporte à ce jour pas de réponse adaptée au défi de la perte d'autonomie.

Les prestations actuelles sont soit liées à l'état de santé (assurance maladie, accidents du travail), soit à une perte de revenus justifiant l'allocation de revenus de remplacement (retraite, assurance chômage et invalidité, minima sociaux). Entre la dépense de santé et celle destinée à compenser une perte de revenus, il est possible d'introduire un nouveau champ de la protection sociale, dont le but serait de compenser les restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale.

D'après Xavier BERTRAND, le modèle original reposant sur une gestion décentralisée et une agence nationale chargée de l'équité entre les territoires, de l'animation et de l'information mérite d'être conservé. Les conseils généraux apportent leur expertise et leur proximité, la CNSA sa légitimité.

Le financement par l'assurance maladie des dépenses de soins est un acquis que nous souhaitons conserver. Nous ne souhaitons pas mettre en place une sécurité sociale spécifique pour les personnes âgées.

En revanche, le fonctionnement actuel présente plusieurs limites. L'organisation du champ médico-social et du champ sanitaire est encore marquée par de nombreux cloisonnements institutionnels et financiers, faisant obstacle à une prise en charge coordonnée entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social.

Les différents dispositifs de prise en charge à domicile pourraient également être mieux coordonnés. Les études montrent que la personne âgée dépendante bénéficie de trois intervenants en moyenne. Par ailleurs, l'organisation actuelle laisse d'importants besoins insatisfaits pour les années à venir.

II. Les besoins à couvrir et les objectifs

Les besoins à couvrir et le financement qui leur est attaché vont augmenter du fait de la croissance démographique, qui va amener au grand âge une population toujours plus nombreuse. 1,3 million de personnes ont plus de 85 ans aujourd'hui, elles seront 2 millions en 2015. Nous vivons de plus en plus vieux, ce qui ne signifie pas que l'augmentation du nombre de personnes dépendantes soit proportionnelle à celle de la population âgée.

Néanmoins, la croissance de la population des personnes âgées dépendantes sera substantielle au cours des prochaines années (+ 1,5 % par an jusqu'en 2040). D'ici 5 ans, les bénéficiaires de l'APA devraient progresser de 150 000 à 300 000 personnes (1 million de bénéficiaires à ce jour).

Les Français manifestent la volonté de rester à domicile tant que possible, ce qui nécessite d'adapter les politiques actuelles. Xavier BERTRAND tient à encourager cette aspiration, afin que le libre choix entre maintien à domicile et placement en institution devienne une réalité. Pour cela, il faut multiplier le panel d'offres existant (formules de répit pour les aidants familiaux, création d'accueils séquentiels en nombre suffisant) et s'interroger sur les prestations de compensation à domicile.

Les plans d'aide de compensation à domicile ne semblent pas tous suffisamment calibrés. Les personnes dépendantes ne bénéficiant pas d'un soutien de leur entourage familial font face à des difficultés particulièrement lourdes.

L'aménagement du logement est également un besoin important, tout comme les actions à mener pour les personnes qui ne peuvent ou ne veulent plus rester à domicile. La médicalisation des établissements est entamée, et sera encore plus nécessaire dans les prochaines années si la politique du maintien à domicile réussit. Par ailleurs, le reste à charge des familles doit être maîtrisé.

Enfin, aucune des politiques que je viens d'évoquer ne sera possible sans action sur les métiers médico-sociaux. Une politique ambitieuse d'attractivité des métiers doit être menée, notamment par une réflexion sur les carrières.

III. Les pistes envisageables

Etant donnés ces besoins et ces objectifs, quatre solutions sont envisageables.

Le premier axe consiste à s'interroger sur le périmètre des prestations de compensation de la perte d'autonomie. A domicile, les aides au logement et les nouvelles technologies pourraient être davantage prises en charge. En maison de retraite, les charges liées à la dépendance et au soin doivent être étudiées.

Le deuxième axe vise à instaurer une réflexion sur le partage de la prise en charge entre la solidarité nationale d'une part, la prévoyance et la responsabilité individuelle d'autre part. Le Président de la République a appelé à une meilleure prise en compte des capacités contributives des personnes et notamment du patrimoine. Le champ des possibles sur la manière de mobiliser le patrimoine des personnes âgées reste très ouvert. Les générations appelées à devenir dépendantes au cours des vingt prochaines années seront probablement mieux dotées en patrimoine que les générations qui les ont précédées et que celles qui leur succéderont.

Nous devons également nous interroger sur l'organisation de la gouvernance locale. La mise en place des futures agences régionales de santé (ARS) est une opportunité de réponse à l'impératif de décloisonnement entre la prise en charge hôpital / médecine de ville et la prise en charge médico-sociale.

IV. Le rôle spécifique de la prévoyance individuelle et collective dans la réponse à la dépendance

Enfin, la prévoyance individuelle et collective doit être développée. Le risque de perte d'autonomie lié à l'âge présente des caractéristiques dont nous devons tenir compte, à l'heure où nous nous interrogeons sur l'émergence d'une nouvelle protection sociale pour le grand âge.

Ce risque intervient tard et est par nature prévisible. Les Français semblent avoir de plus en plus conscience de la nécessité de l'anticiper.

Les organismes de prévoyance (sociétés d'assurances, mutuelles, et institutions de prévoyance) ont d'ores et déjà développé une offre intéressante en matière de dépendance. Par comparaison internationale, nous constatons que la France n'est pas mal placée en offre d'assurance dépendance. La France serait à ce jour le deuxième marché du monde après les Etats-Unis. A mon sens, il faut distinguer dans les 2 à 3 millions de personnes assurées, les personnes couvertes par une garantie pluriannuelle préfinancée par capitalisation, et celles couvertes de manière annuelle.

Dans ce contexte, nous cherchons à renforcer la prévoyance individuelle et collective. A ce sujet, les questions suivantes structurent le débat entre les différents ministères :

- Quelles sont les attentes véritables des Français en matière de contrat dépendance ? La demande est-elle réelle ? Est-il possible de parvenir à un saut quantitatif ?
- La prévoyance individuelle doit-elle permettre l'émergence de solutions complémentaires aux moyens publics ou doit-elle aller au-delà ? Doit-elle être organisée dans un cadre partagé ou dans un cadre comparable avec celui de l'épargne retraite ?

- Quelles incitations mettre en œuvre ? L'éventuelle mise en place d'incitations fiscales et sociales en matière d'assurance dépendance est-elle justifiée ?
- Quel encadrement attendre des pouvoirs publics ?
- Comment parvenir à une définition minimale commune à tous les assureurs de la notion de dépendance, afin de pouvoir comparer les contrats - sachant que la grille AGGIR semble être la référence du marché ? La puissance publique doit-elle définir par la réglementation la notion de dépendance ?
- Comment développer la prévoyance collective dans l'entreprise en termes de dépendance ? Intéressera-t-elle massivement les chefs d'entreprise et les salariés ? Des obstacles techniques - transférabilité des droits par exemple - doivent-ils être levés pour développer la prévoyance collective ?

Sur tous ces sujets, les attentes du CTIP et son expertise seront prises en compte dans la réflexion des pouvoirs publics. Xavier BERTRAND a la volonté de travailler avec le CTIP et l'ensemble des professions concernées par la prévoyance, pour identifier et mettre en place les solutions pérennes qui se traduiront ensuite par des produits susceptibles de rencontrer le succès.

Nous comptons sur les opérateurs pour diffuser ces produits au plus grand nombre et permettre concrètement une amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes. Nous ne pourrions nous lancer dans cette voie si ses acteurs ne s'y engagent pas.

Une concertation s'ouvrira dans les semaines à venir sur le cinquième risque avec les différentes parties prenantes du secteur - au sein desquelles le CTIP tiendra toute sa place. Un projet de loi devrait être présenté au Parlement au second trimestre 2008.



Questions/réponses



Roger OLIEL, *Administrateur NOVALIS-PREVOYANCE*

Si le coût n'est pas relativement faible - ce qui ne sera possible que par une large assiette de population couverte -, la mise en place d'une garantie dépendance collective en entreprise est délicate.

Jean-Claude GALLOU

L'OCIRP a expérimenté le contrat collectif obligatoire en entreprise. La mise en place de ce dernier est possible dans une entreprise à la population importante, car une prise de conscience sur la dépendance s'est fait jour.

Un système collectif permet de maintenir les cotisations à des niveaux acceptables par tous, d'autant plus que l'employeur participe au financement de la cotisation. En cas de prestation inversée, 35 ans de cotisation permettent de bénéficier de 11 mois de prestations.

La transférabilité des droits et la possibilité de continuer à cotiser à titre individuel pour augmenter le niveau de la garantie après le départ de l'entreprise constituent des atouts non négligeables.

A l'image des régimes traditionnels de retraite, le salarié se constitue des droits au fil du temps. Les points sont acquis par le salarié dans ses entreprises successives ayant mis en place une garantie collective.

Daniel RETAT, *Administrateur NOVALIS-PREVOYANCE*

Le représentant du gouvernement n'a pas évoqué les actions à mettre en œuvre en matière de prévention, ni les recherches sur la maladie d'Alzheimer. Si ces dernières aboutissent, le périmètre de la dépendance évoluera de manière favorable. Nous devons favoriser la prise de conscience sur le risque dépendance, notamment auprès des jeunes.

D'autre part, il me semble qu'il faudrait dénommer "couverture dépendance universelle" la garantie dépendance, pour favoriser la prise de conscience des Français autour de ces enjeux.

Pierre-Alain de MALLERAY

La prévention est effectivement un enjeu important, notamment dans le cadre du prochain plan Alzheimer, maladie centrale dans la dépendance liée au grand âge. Toutefois, cette pathologie concerne également des patients plus jeunes. La commission MENARD a été chargée d'émettre des propositions en termes de prévention, dans l'optique de ce futur plan Alzheimer.

Je souscris à votre analyse d'une nécessaire prise de conscience des Français sur la dépendance et du besoin d'y consacrer les dépenses publiques et privées suffisantes. Lors de la mise en place de l'APA, la souscription de contrats dépendance a largement progressé. Nous souhaitons qu'il en soit de même pour les contrats prévoyance.

Jean-Philippe BOYER, FO, Administrateur LA BOETIE PREVOYANCE

Je souhaite à mon tour insister sur l'importance de la prévention. La longévité est en soi positive, mais le "mauvais vieillissement" pose problème. Nous devons par exemple réfléchir à la prévention précoce de la maladie d'Alzheimer et à celle des infarctus cérébraux vasculaires.

Les acteurs de santé doivent accentuer leur effort de prévention et informer la population sur l'alimentation et l'hygiène de vie, qui peuvent réduire grandement le nombre de personnes dépendantes à l'avenir.

Pascal BROUSSOUX

AG2R assure depuis de nombreuses années une mission de communication, d'information et de prévention. La société Primhabitat constituée par AG2R a pour vocation d'aller à la rencontre de salariés en entreprise - avec l'accord de cette dernière - à différentes étapes de la vie. Une partie de nos interventions dans ce cadre porte sur la prévention santé. Nous sensibilisons cette population aux risques liés à la dépendance et à la nécessité d'en atténuer les conséquences.

Philippe BERQUIN, Actuaire conseil

La recherche d'une définition objective de l'état de dépendance me semble essentielle, comme l'a dit le représentant du Ministère du Travail. Le développement de l'assurance complémentaire dépendance passe aussi par un consensus autour de cette définition.

Christophe VANACKERE

Cette problématique est liée à celle de la transférabilité, car cette dernière ne peut exister qu'entre des contrats identiques.



Jean-Louis FAURE

La journée de travail a montré que nous devons encore travailler sur de nombreux sujets.

Le représentant du Ministère du Travail a insisté sur la nécessité d'un développement d'offres dépendance. A mon sens, nous devons avant tout résoudre le problème de l'insuffisante rentabilité des contrats collectifs.

Je ne sais pas aujourd'hui comment résoudre cette équation, plus complexe que celle de la retraite surcomplémentaire. Si un salarié use de son droit à la portabilité au cours de sa carrière, les rendements seront médiocres. Il est donc nécessaire d'assurer la portabilité entre les systèmes et de disposer d'horizons de placement à long terme, ce qui me semble réalisable pour la retraite si un marché de la rente est créé. Ce dernier ferait converger l'ensemble des systèmes de retraite auxquels les salariés auraient adhésés. Cette démarche s'avère plus complexe en matière de dépendance.

Je vous remercie pour votre participation à cette journée d'information.

