

LES RENCONTRES

Comité Opéra

XV^o

Accompagner l'allongement

de la durée de la vie

**Le mercredi 16 janvier 2019
de 9 h 00 à 13 h 00**

Espace La Rochefoucauld

**11 rue de La Rochefoucauld
75009 PARIS**

XV^e Rencontres du Comité Opéra Accompagner l'allongement de la durée de la vie

Mercredi 16 janvier 2019

Intervenants des XV^e Rencontres du Comité Opéra

- Pascal Beau, rédacteur en chef *d'Espace Social Européen*,
 - Jean-Pierre Brunet, président du Comité Opéra,
 - Isabelle Burkhard, directrice générale de l'hôpital gériatrique des Magnolias,
 - Philippe Christau, président d'Epsy,
 - Patrick Gohet, adjoint du Défenseur des droits, en charge de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité,
 - Emeric Guillermou, président des mutuelles Emoa Mutuelle et Intégrance,
 - Philippe Mixe, président de la Fédération nationale indépendante des mutuelles (Fnim),
 - Jacques Nozach, senior advisor à Actuaris, vice-président de l'hôpital gériatrique des Magnolias,
 - Alain Payan, président de la mutuelle Tutélaire.
-
- Rencontres animées par Xavier Toulon, associé-fondateur de Merypta conseil.

« *Accompagner l'allongement de la durée de la vie* », tel est le vaste sujet traité, ce 16 janvier, lors des 15^e Rencontres du Comité Opéra.

Il revient à Xavier Toulon de présenter les thèmes qui seront abordés : « *L'allongement de la durée de la vie, les besoins, les attentes, les problèmes rencontrés par les seniors, par les plus de 75 ans. Nous parlerons du bien-vieillir, pour éviter ou retarder la dépendance, et aussi, bien entendu, de la problématique de la dépendance, elle-même.*

Que peuvent faire les mutuelles pour protéger leurs adhérents en cas de dépendance ? Que peut-on attendre des Pouvoirs Publics en termes de solidarité nationale contre ce risque ? Peut-on espérer la création de la 5^e branche dont on parle depuis plus de 10 ans ? Pour finir, il sera question de la prise en charge des personnes âgées avec l'expérience d'un hôpital gériatrique qui a mis en place de nouvelles méthodes afin d'éviter la maltraitance involontaire ».

I L'évolution de la démographie et ses conséquences

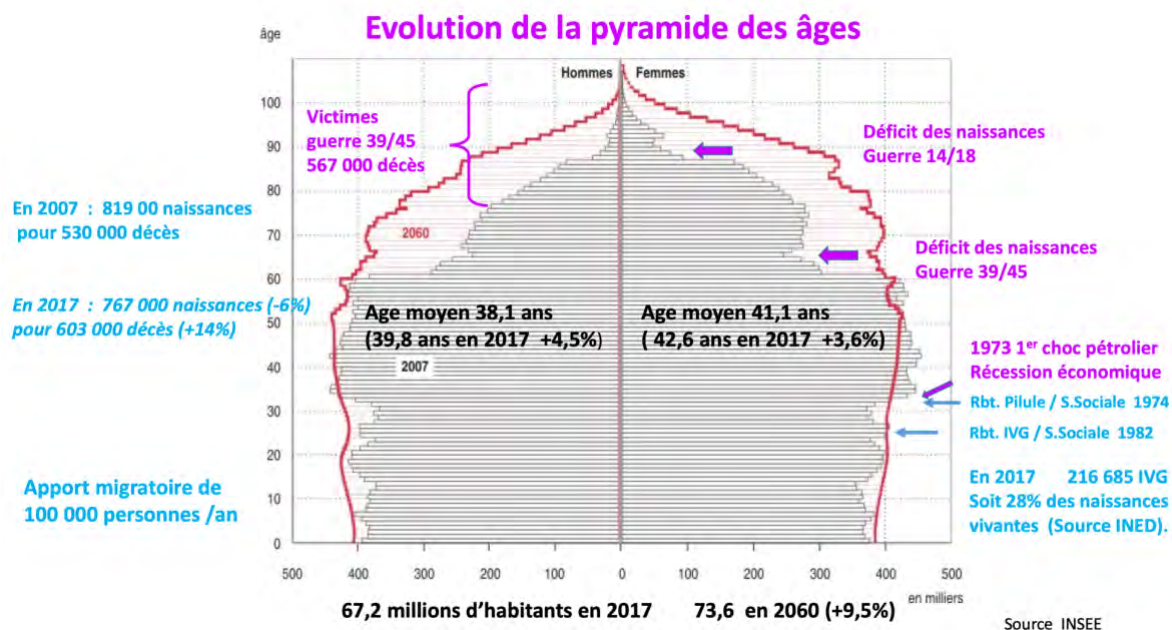
Jean-Pierre Brunet

Le président du Comité Opéra expose d'emblée le problème : « *Le vieillissement de la population constitue un enjeu majeur pour notre société* ». Vieillesse inéluctable, explique-t-il, à cause de « *l'évolution de l'espérance de vie à la naissance, de l'arrivée du papy-boom, de la baisse du taux de fécondité et des progrès de la médecine qui entraîneront une augmentation continue de l'âge moyen des Français* ».

« *Cela pose de nombreuses questions tant aux pouvoirs publics qu'aux entreprises du secteur marchand comme celles de l'économie sociale et solidaire. Le problème de la dépendance, bien entendu, et de sa prise en charge mais aussi celui du bien-vieillir* » explique-t-il, « *sans oublier la situation des aidants* ».

IA La pyramide des âges

Ce vieillissement inéluctable de la population apparaît au travers des chiffres que Jean-Pierre Brunet présente.



En premier lieu, alors que la France comptait, en 2017, 67,2 millions d'habitants, elle devrait en compter 73,6 millions en 2060.

Mais le nombre de naissances diminue régulièrement : en 2007, 819 000 naissances pour 580 000 décès ; en 2017, 767 000 naissances pour 603 000 décès.

Parallèlement, on constate qu'en 2017, il y avait 17 millions de personnes de plus de 60 ans (26 % de la population), dont 6,2 millions de plus de 75 ans (9,4 % de la population). En 2060, « *le scénario central, montre que les plus de 60 ans vont représenter 32 % de la population (23,5 millions de personnes). Quant aux plus de 75 ans, ils vont passer à 12 millions et représenter 16,2 % des Français, soit une progression de 94 %* ».

Première conclusion de Jean-Pierre Brunet, « *les systèmes par répartition auront de plus en plus de difficultés à financer les retraites* » : en 1960, le ratio actifs sur inactifs (de 60 ans et plus) était de 4 sur 1. Aujourd'hui, ce même ratio est de 1,7 sur 1 et, en 2060, les projections indiquent 1,3 sur 1.

I B L'espérance de vie

« *Une bonne nouvelle* », annonce-t-il : il y a 21 000 centenaires actuellement et, dans le scénario central, il y en aurait 200 000 en 2060. En effet, l'espérance de vie à la naissance progresse. Elle est maintenant de 85,3 ans pour les femmes et de 79,3 pour les hommes. Les projections pour 2060 sont respectivement de 91,9 ans et 87,5.

Mais « *ce qu'il faut regarder, c'est l'espérance de vie en bonne santé* ».

S'il est difficile d'en évaluer l'évolution future, il observe qu'aujourd'hui, « *on vit plus longtemps mais il faut se soigner plus longtemps* » qu'en 2004 : depuis cette époque, l'espérance de vie en bonne santé pour les femmes est restée autour de 64 ans. Pour les hommes cela est passé de 61,5 ans à 62,7.

I C La dépendance

Quant au nombre de personnes dépendantes, Jean-Pierre Brunet constate qu'en 2012, il y en avait 1,17 million au sens de l'Apa (Allocation personnalisée d'autonomie), soit 7,8 % des 60 ans et plus. A l'horizon 2060, on en prévoit deux fois plus : 2,3 millions, soit 9,8 % des plus de 60 ans.

II Le point de vue du Défenseur des droits

Patrick Gohet

Patrick Gohet, adjoint du Défenseur des droits, précise tout d'abord que son propos sera « *inspiré par son expérience personnelle* ». Il fut, en effet, auparavant, directeur général de l'Unapei (Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés), puis délégué interministériel au handicap, puis inspecteur général des affaires sociales, spécialisé dans les questions de discrimination et d'égalité.

On verra dans ses propos, passionnés et passionnants, qu'effectivement, il fait de nombreux parallèles entre la situation des personnes handicapées et celle des personnes âgées dépendantes et prône une « *politique globale de l'autonomie* ».

II A Les missions du Défenseur des droits

Il décrit tout d'abord les objectifs et le fonctionnement de l'organisme dont il est aujourd'hui l'un des dirigeants.

Il s'agit d'une autorité administrative indépendante, créée par la révision constitutionnelle de 2008. La loi organique qui la régit a été adoptée en 2011.

Le mandat du Défenseur, ainsi que celui de ses adjoints, est de six ans, non renouvelable. L'organisme est composé de trois collègues : lutte contre les discriminations, défense des enfants et déontologie de la sécurité.

Cette autorité emploie 250 collaborateurs au siège (¾ de juristes, ¼ de sociologues) et 500 délégués sur le terrain. Tous sont généralistes mais certains sont plus spécialisés dans le domaine du handicap ou de la prison, etc.

Elle traite environ 65 000 saisines par an¹. Mais « *il ne faut pas se méprendre, nous sommes des médiateurs, pas des juges* », précise Patrick Gohet.

II B Les fractures de la société française

Ces saisines, explique-t-il, « *sont un moyen d’appréhender les difficultés majeures que la société française rencontre* ».

Ainsi, sans vouloir être exhaustif, Patrick Gohet « *repère* » un certain nombre de fractures qu’il énumère avec conviction².

« *La 1^{ère} difficulté majeure, ce sont les inégalités territoriales qui ne cessent de se creuser. La 2^e, très liée à la première, c’est l’isolement social. La 3^e, c’est la fracture numérique* » dont les causes peuvent être technologiques, financières, d’éducation, d’âge, etc. De ce fait, il considère comme « *un scandale, la numérisation à marche forcée qui se traduit par l’incapacité à trouver un interlocuteur quand on a un problème alors que l’être humain a besoin d’un interlocuteur, pas uniquement d’un écran* ».

« *Que l’on ne s’étonne pas qu’il y ait autant de tensions dans la société française* », conclut-il cette « *plaidoirie* », ainsi que le dit Xavier Toulon.

Notons que Philippe Mixe rebondira sur le thème de la fracture numérique en expliquant que « *la digitalisation est un outil nécessaire, peut-être même indispensable, mais qui ne doit pas remplacer le lien avec l’adhérent que, dans nos petites et moyennes mutuelles, nous essayons de privilégier* ».

II C Les aspirations des personnes âgées

Fort, donc, de son expérience, l’adjoint au Défenseur des droits lance : « *Il faut prendre en compte un certain nombre d’aspirations et de besoins des personnes qui avancent en âge. Dans cette population, il y a une volonté d’être identifiés, reconnus, écoutés et, au-delà, contributeurs dans la société* »

Pour lui, cela passe par « *le maintien dans le lieu de vie habituel et l’accompagnement [...] La première de ces aspirations reste fondamentale même quand ces âgés sont ou deviennent handicapés. Quand cela s’accompagne d’une perte d’autonomie, il faut un accompagnement adéquat* ».

II D Une population particulière

Patrick Gohet fait un focus, ensuite, sur « *une population particulière : les parents âgés de personnes handicapées* ».

L’ancien directeur général de l’Unapei se souvient, en effet, des nombreux parents qui s’inquiétaient : « *Que va-t-il devenir quand nous serons partis ?* »

Des pistes de solutions existent. Il en cite deux. Dans une petite localité des Deux-Sèvres, il y a un Éhpad (établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes) et une Mapha (maison d’accueil pour personnes handicapées âgées). Les deux établissements accueillent donc des populations différentes mais ils partagent un certain nombre d’activités et de moyens. Deuxième exemple : « *En Vendée, un établissement accueille, d’un côté, les parents d’enfants*

1 Cf. le rapport annuel 2018, [ici](#).

2 En tapant du poing sur la table !

handicapés et, de l'autre, les enfants handicapés. C'est bien distinct pour que chacun garde sa vie propre mais ils sont proches ».

II E Une ardente obligation : une politique de l'autonomie

Rassemblant les questions du handicap et de la dépendance liée à l'avancée en âge, Patrick Gohet prône *« une politique de l'autonomie, une politique thématique, plutôt que populationnelle. [Cette dernière] conduit parfois à des inégalités entre les populations concernées. Cette sectorisation est une aberration ».*

Il y a cinquante ans, explique-t-il, *« on identifiait des populations qui partageaient les mêmes facteurs d'exclusion et on leur apportait une réponse ».* Aujourd'hui, *« on a évolué, mais pas systématiquement, et l'on considère que chaque individu a des caractéristiques propres et il y a une individualisation de la réponse ».*

Pour lui, *« la réalité est à la croisée de ces chemins : il y a des besoins individuels mais à l'intérieur de catégories qui partagent des difficultés semblables ».* Ainsi, en matière d'autonomie, *« certains en perdent, ce sont les personnes âgées et d'autres en manquent ce sont les personnes handicapées ».*

Cette analyse le conduit, logiquement, à souhaiter la création d'un ministère *« de plein pot »* chargé de l'autonomie qui remplacerait les ministères ou secrétariats d'État dédiés à telle ou telle catégorie.

Sa conclusion est précise : *« La société française a l'ardente obligation de rendre acceptable et vivable l'avancée en âge et ses conséquences. C'est une obligation, c'est un devoir ! ».*

III État de l'opinion à l'égard de la couverture et des services en Santé

Philippe Christau

Ainsi que le dit Xavier Toulon, *« bien répondre aux attentes des seniors, c'est bien répondre aux attentes d'une partie importante du portefeuille des mutuelles ».* C'est pourquoi, Philippe Christau présente les résultats du baromètre annuel de la Fnim, réalisé par le cabinet Epsy.

III A Équipement en complémentaire santé, une surprise

« Traditionnellement, entre 92 et 95 % de Français sont protégés par une complémentaire santé. En revanche, cette année, une problématique nouvelle émerge. Ce ne sont pas les seniors qui sont concernés mais les jeunes, notamment les étudiants, qui sont moins équipés en complémentaire qu'auparavant. »

C'est par cette nouvelle, inquiétante, que Philippe Christau entame sa présentation.

Pour les plus âgés, il *« reste, tout de même, une partie de cette population qui n'est pas couverte »* : 94% des 55-64 ans se déclarent équipés et 98 % au delà de 65 ans.

Pourtant, *« la complémentaire santé est un équipement incontournable particulièrement lorsqu'on progresse en âge : seuls 7 % des Français dont 3 % des plus de 65 ans estiment qu'ils pourraient s'en passer ! ».*

D'ailleurs, parmi ceux qui n'en bénéficient pas, les deux tiers jugent que *« c'est indispensable ».* La démarche volontaire de s'en passer est donc très rare.

III B Le digital et l'accès aux soins

Philippe Christau donne ensuite un élément de réponse à la question soulevée précédemment par Patrick Gohet. Selon l'étude, « 6 Français de plus de 65 ans sur dix intègrent le digital pour favoriser l'accès aux soins. Autrement dit, 4 sur 10 n'en ont pas identifié les apports ».

En matière d'accès aux soins, d'ailleurs, 15% des 65-74 ans ont un accès difficile aux professionnels de santé. Il en est de même pour 10% des plus de 75 ans. Globalement 8 sur 10 des personnes interrogées ont des difficultés de cet ordre.

III C Le coût et la fiscalité

Alors qu'une « majorité d'assurés estiment le prix de leur complémentaire santé juste (57%), 4 sur 10 (39%) le jugent excessif ».

Ce qui est étonnant, explique Philippe Christau, c'est que « les réactions sont semblables selon les âges, alors que l'on peut penser que cela pèse plus dans les revenus lorsque l'on est âgé ».

Quant à savoir si « la santé doit contribuer aux finances de l'État » par des taxes -« Une question simple qui méritait d'être posée »-, ce n'est justifié que pour 29 % des Français.

III D Sur le mutualisme

Pour 87 % des personnes interrogées, l'une des missions d'une mutuelle, « c'est de tout faire pour favoriser l'accès aux soins de ses adhérents » et, pour 94% d'entre eux, « elles devraient réinvestir leurs bénéfices pour accomplir cette mission, et non pas rémunérer des actionnaires ».

Sans entrer dans le détail, notons qu'il n'est « pas justifié, pour 94% des gens, que les mutuelles refusent l'adhésion à des personnes parce qu'elles pourraient générer des dépenses de santé importantes. 16 % sont, donc, dans une certaine ambiguïté ».

Il apparaît bien que les gens confondent « complémentaire santé » et « mutuelle » et que ce sont « les valeurs du mutualisme qu'ils mettent en avant. Il y a cependant des attentes encore plus marquées chez les adhérents d'une vraie mutuelle ».

L'étude montre que 67 % des Français considèrent que les jeunes doivent contribuer économiquement à la prise en charge des frais de santé des moins jeunes. Un tiers n'y est donc pas favorable, « alors qu'à terme, c'est inévitable », souligne Philippe Christau. Il est vrai que « lorsque l'on aura, en exagérant à peine, un actif pour un inactif, ce sera une pression économique considérable ».

IV Vieillir en bonne santé, retarder la dépendance

Emeric Guillermou

L'intervenant suivant, Emeric Guillermou, président des mutuelles Emoa Mutuelle et Intégrance, est, en outre, avocat spécialisé dans la défense des droits des personnes en situation de handicap, président d'une fédération nationale qui représente les intérêts des personnes cérébro-lésées et président d'Handeo³, structure de labellisation de services d'aides humaines, organisme certificateur de services et de transport « et bientôt certainement d'établissements ».

3 Voir le [site](#) d'Handeo.

Il connaît donc bien l'importance du bien vieillir et des rôles que peuvent ou doivent jouer les Pouvoirs Publics et les mutuelles dans ce domaine.

IV A Problème de législation pour la prise en charge

Rebondissant sur le propos de Patrick Gohet, prônant une politique globale de l'autonomie, Emeric Guillerrou souligne qu'il y a « *un problème de seuil dans la législation* ». En effet, avant 60 ans, une personne en situation de perte d'autonomie est handicapée et bénéficie, à ce titre, d'aides spécifiques, de prestations compensatoires du handicap. Si la perte d'autonomie survient après 60 ans, les droits ne sont plus du tout les mêmes puisque cela relève de l'Apa (allocation personnalisée d'autonomie), avec sa grille d'évaluation, Aggir, « *qui est faite pour ne pas reconnaître cette situation* ».

IV B Bien vieillir : le rôle des Pouvoirs Publics

Pour Emeric Guillerrou, les Pouvoirs Publics ont un intérêt certain à promouvoir le bien vieillir, qui retarde l'entrée vers les soins onéreux. Ce serait donc des économies considérables pour la collectivité.

Mais, « *comment retarder la survenue de la maladie chronique ?* » demande Xavier Toulon, qui rappelle « *les deux mesures annoncées par Agnès Buzyn dans son plan prévention : une visite médicale de prévention au moment du passage à la retraite et des consultations de prévention dans les Éhpad* ».

Selon Emeric Guillerrou, « *la politique de prévention dans l'Éhpad est trop tardive. Les études montrent que l'espérance de vie y est de l'ordre de 18 mois* ».

Pour lui, les politiques publiques ne peuvent jouer que sur la motivation : « *Il faut convaincre qu'il y a nécessité pour la qualité de vie et l'espérance de vie* » de « *subir* », plus jeune, des consultations de prévention ?

IV C Comment bien vieillir

Selon Emeric Guillerrou, les études montrent que, pour bien vieillir, il faut tenir compte de nombreux déterminants de santé.

Tout d'abord, le maintien du lien social (« *L'isolement est un désastre en termes de conséquence physiologique* »). Ce qui suppose, d'ailleurs, une politique de prévention en termes d'audition et de vision.

Ensuite, la stimulation cognitive. Ce qui passe par des activités telles que la lecture, les sorties, les voyages, la relation aux autres, le fait de pouvoir apprendre et de rester acteur de sa propre vie.

Un autre impératif, c'est le « *penser à soi* ». Ce qui se traduit par commencer ou continuer à vivre ses passions mais aussi par un logement qui « *reflète la personne* ».

Il faut aussi se soumettre à des consultations préventives et régulières et surveiller les interactions médicamenteuses ou la mauvaise prise de médicaments, qui sont, « *à partir de 70, 75 ans, la cause de 10 % des hospitalisations* ».

Reste le problème des « *gens en train de vieillir autour* ». Par exemple le conjoint, qui a sensiblement le même âge, mais qui devient un aidant de fait. Comment est-il soutenu ? Il lui faut des moments de répit et, aussi, des structures qui pourraient l'accueillir.

Enfin, « *la qualité de vie est liée au fait de vivre chez soi et, quand les gens n'y arrivent plus, doivent-ils, pour autant, aller dans un établissement. Y a-t-il un modèle intermédiaire ?* ». Dans ce domaine, un espoir peut-être : il existe, depuis un an, un Observatoire national de l'habitat

inclusif, qui vise à promouvoir des logements où « *les gens aient un chez-eux mais avec des services en commun et de la solidarité* ».

IV D Et les mutuelles ?

Que pourraient faire les mutuelles dans ce sens et quel intérêt auraient-elles à le faire ?

Pour Emeric Guillerrou, en agissant sur les déterminants de santé, qu'il vient de décrire, « *elles ont un chantier magnifique, en allant sur cet axe, qui leur est légitime, qui correspond à leur éthique et à leur philosophie* ».

Il rappelle qu'en 1986, lors de la conférence d'Ottawa organisée par l'OMS, il a été établi que « *les déterminants de santé les plus importants n'étaient pas individuels (liberté de boire de l'alcool ou non, de fumer ou non...) mais bien les politiques publiques et collectives* ». Pour lui, dans ce cadre, la Mutualité a un rôle extrêmement important à jouer, en termes de communication de masse, d'actions de prévention, de conférences, de réflexions sur l'organisation de notre société (« *Les déterminants socio-économiques sont extrêmement importants* »), de propositions aux autorités.

V L'assurance dépendance mutualiste

Alain Payan

Reste que la dépendance est un risque réel et financièrement lourd. Se pose la question de la couverture de ce risque par des acteurs privés, tels que les mutuelles.

Alain Payan, président de la mutuelle Tutélaire, apporte la réponse que cet organisme a mise en place en 1998 et qu'il propose aux autres mutuelles d'intégrer dans leur offre.

Tutélaire est, en effet, pionnière de l'assurance dépendance en inclusion, non réassurée.

Cette mutuelle, créée en 1907, est indépendante et protège 400 000 personnes. Elle est spécialiste de la prévoyance, de l'invalidité et de la dépendance. Son activité d'origine, l'indemnité pour la perte de traitement pour maladie, a été la principale prestation versée jusque dans les années 2010 et couvre encore aujourd'hui un peu plus de 100 000 fonctionnaires.

V A Le risque dépendance en inclusion

En 1998, donc, Tutélaire crée une prestation dépendance de 900 francs. Cette prestation, sans exclusion médicale, est toujours en inclusion dans le contrat qui couvre la totalité des adhérents. Aujourd'hui elle atteint 156 € pour les gir 1 et 2 et 138 € pour les gir 3.

« *Ce montant peut sembler modeste en regard des coûts de l'hébergement ou du reste à charge dans ces situations mais c'est une aide substantielle pour ceux qui ne peuvent pas se permettre de cotiser davantage* » explique Alain Payan. En outre, il existe la possibilité de souscrire, volontairement et individuellement, jusqu'à trois niveaux de garantie complémentaires, avec des montants de rentes qui doublent, triplent ou quadruplent ceux de base.

Depuis sa création la couverture de l'ensemble des adhérents est solidaire et sans exclusion. Afin d'éviter les risques d'antisélection, il y a une limite d'âge à 75 ans et sont exclus ceux qui sont déjà entrés dans le risque.

Avec 400 000 adhérents, la dépendance représente 8 millions d'euros versés au titre de la perte d'autonomie pour 25 millions de primes encaissées et 120 millions de provisions techniques.

Tutélaire réalise un chiffre d'affaires équivalent à 3 % du marché de la perte d'autonomie, mais elle verse, chaque mois, 3 800 rentes dépendance à ses adhérents, soit 11 % des bénéficiaires d'une assurance dépendance individuelle au plan national.

V B Le coût

La couverture de ce risque est-elle accessible aux revenus les plus faibles ?

Pour Alain Payan, il y a deux approches pour traiter la question : la première est « *la capitalisation, introduite par les réassureurs internationaux. Les tarifs ont été établis sur la base de tables d'expériences étrangères qui ne collent pas à la réalité du risque et obligent les assureurs à appliquer des marges prudentielles très importantes. D'autre part, il y a l'approche solidaire, que sa mutuelle pratique, qui mélange capitalisation et répartition, avec une révision annuelle pour s'adapter au risque effectivement constaté. Les tarifs sont mutualisés et permettent de souscrire une assurance perte d'autonomie aux plus modestes* ».

Ainsi, les cotisations mensuelles demandées pour les couvertures complémentaires de premier niveau sont de 3,98 € pour un adhérent de moins de 20 ans et de 19,47 € pour celui qui adhère à 75 ans. Chiffres à multiplier par, respectivement, deux ou trois pour connaître le coût des deux niveaux supérieurs.

« *Je vous défie de pouvoir comparer avec ce qui se pratique ailleurs* », conclut-il.

V C Proposition aux mutuelles

Aujourd'hui, Tutélaire propose aux mutuelles la couverture du risque dépendance en inclusion dans leurs contrats santé. La diversification par la prise en charge de ce risque est, dit Alain Payan, « *une opportunité de recréer de la marge et, au-delà de l'intérêt économique, une réponse à la mission mutualiste originelle en proposant à tous des solutions* ».

Les mutuelles, ajoute-t-il, doivent « *se différencier des compagnies d'assurance en innovant plutôt qu'en les singeant et en opérant prioritairement sur des risques qui correspondent à des enjeux majeurs sociétaux* ».

Reste un écueil de taille : « *Comment appréhender et financer un risque qu'elles ne connaissent pas et qui porte un engagement à très long terme ?* ».

C'est pourquoi Tutélaire propose « *une offre parfaitement tarifée, sur mesure, adaptée aux enjeux commerciaux des mutuelles. C'est une proposition qui repose sur une forte expertise technique, un haut niveau de solvabilité et une longue expérience* ».

Répondant à Xavier Toulon, qui remarque que certains soutiennent l'idée que la dépendance soit en inclusion dans l'ensemble des complémentaires santé, Alain Payan rétorque que ce « *caractère obligatoire de l'inclusion dans les complémentaires, à l'évidence, ouvrirait la porte aux grands acteurs du secteur assurantiel. En outre, une nouvelle fois, l'hyper-réglementation viendrait spolier les décisions des élus* ».

VI Le financement de la dépendance

Pascal Beau

Pascal Beau, grand connaisseur du problème, fait part de son analyse et de ses réflexions sur la prise en charge collective du problème de la dépendance.

Il « *plaide pour un pragmatisme, positif, actif, volontaire pour progresser sur le sujet. Les fondamentaux de cette question vont bouger dans les années qui viennent et, dans 10 ou 15 ans, les réponses risquent d'être différentes.* »

Il est donc assez logique que, comme on pourra le voir, son intervention, après un utile rappel historique, consiste en une assez longue suite d'interrogations.

VI A Rappel historique

Le fondateur d'*Espace Social Européen* fait remarquer que, si la population en perte d'autonomie est grandissante, il y a eu « *des progrès assez spectaculaires de recul de l'âge auquel la perte d'autonomie se déclare et aussi de sa durée* ».

En outre, la prise en charge s'améliore : « *C'est quand même différent de ce qu'on a connu il y a une vingtaine d'années* ».

Il rappelle une kyrielle de propositions et de rapports, qui vont du rapport Schopflin (1991) à celui du Haut-conseil de l'enfant, de la famille et de l'âge (2018-2019) et aussi à la mission de Dominique Libault les mêmes années. Il n'oublie pas la création de la grille Aggir en 1997 ni celle de l'Apa en 2001, ni la loi de 2015 d'adaptation de la société au vieillissement, (« *Une belle loi de principe, à la française, avec de grandes envolées, votée à l'unanimité. Il manquait peut-être le volet financement* »), ni les mesures prises par Agnès Buzyn en mai dernier (« *utiles mais pas considérables* »).

VI B Le financement de la perte d'autonomie

Question importante : combien consacrons nous collectivement à la perte d'autonomie ? Pascal Beau cite les chiffres de la Drees, malheureusement un peu anciens (données de 2014) : 30 milliards d'euros dont 12,2 pour la santé, 10,7 pour la prestation autonomie, 5,5 au titre de l'Apa, 7,1 pour l'hébergement. Le tout, dont 80 % sont des dépenses publiques, représentant 1,4 % du produit intérieur brut.

Reste en débat un chantier fondamental, « *le rôle majeur des aidants* ». Plusieurs experts travaillent sur le coût économique des aidants, qui est évalué à plusieurs milliards d'euros.

VI C La question des restes à charge

« *Le problème ce sont les restes à charge* ».

« *Pour les soins, par définition, il n'y a, a priori, pas de problème. C'est le dispositif de l'assurance maladie classique, pour les affections de longue durée, qui s'applique* » explique-t-il.

En revanche, pour les séjours en Ehpad, dont le coût est appelé à augmenter, le reste à charge « *serait de 2000 € par mois, non comprise l'imputation de la pension vieillesse, si pension vieillesse il y a* ». Quant au reste à charge dans les situations de maintien à domicile, il n'est pas évalué.

« *Au final, de fait, l'entourage intervient, ainsi que le patrimoine et les ASH* » conclut-il.

VI D Défis à venir : le coût et l'hébergement

Pour Pascal Beau, les chiffres donnés pour l'augmentation de la population en perte d'autonomie « *ne sont pas crédibles* ».

Ce qui est clair, dit-il en substance, c'est que la perte d'autonomie se déclare de plus en plus tardivement, du fait du progrès médical, des modes de vie, des dispositifs de prévention et des entourages plus mobilisés. Et aussi, du fait que, parfois, les enfants directs, en retraite, peuvent être plus disponibles.

Quant au coût, « *globalement le reste à charge, aujourd'hui, est de l'ordre de 6 à 7 milliards d'euros, soit 0,5 % de CSG. Certaines hypothèses macro-économiques disent qu'il faudrait*

passer de 1,4 % de financement public ou collectif à 2,7%. Est-ce une hypothèse raisonnable ? La mission Fragonard dit non car cela ne prend pas en compte les potentiels d'amélioration ».

Pour le maintien à domicile, il faudra mettre sur pied des plans d'aide, des modalités de solvabilisation, pour l'adaptabilité des logements, pour le soutien aux aidants, ...

Reste quelques autres questions à se poser : « *Avons-nous suffisamment transformé nos foyers logements en résidences beaucoup plus adaptées pour l'autonomie ? N'avons-nous pas parfois sur-médicalisé certaines prises en charge ?* »

VI F Un nécessaire financement public

Pour lui, « *il faudra prévoir des modes d'organisation pour des situations extrêmement lourdes et complexes. Là, la logique de l'assurance sera dépassée. Un financement public s'imposera* ».

D'où la question : « *Que doit-on assurer ou financer d'un point de vue public ?* »

Peut-on concevoir une assurance sociale pour des personnes âgées de plus de 85 ans et pour des périodes de 3 à 5 ans ? « *Bonjour les débats actuariels ! Personnellement je n'y crois pas* » dit-il.

« *Faut-il étatiser la perte d'autonomie ? Demander à la sécurité sociale de se substituer aux collectivités départementales pour refaire des grandes machines à redistribuer de l'argent avec des procédures, des décrets, des réglementations ? Ce n'est pas très opportun* ».

« *De combien a-t-on besoin ? De 0,5 % de CSG ou de un point de Pib ?* ». Pour sa part, il estime le montant nécessaire à 0,5 % de CSG.

VI G La 5e branche, la Sécurité sociale et les complémentaires

Au sujet d'un « *serpent de mer qui ressort régulièrement* », la 5^e branche de la Sécurité sociale, qui prendrait en charge la dépendance, il dit : « *Pas de précipitation. Cela fait 20 ans qu'on en parle* ».

En fait, Pascal Beau estime que « *autant la démarche mutualiste, telle qu'elle vient d'être exposée, semble intéressante, autant la notion d'assurance dépendance, comme risque géré par la Sécurité sociale paraît peu crédible* ». D'ailleurs, il n'est « *pas sûr que Dominique Libault, au terme de sa mission, se prononce pour le 5^e risque Sécurité sociale, ni qu'il prône une assurance complémentaire obligatoire : l'assurance santé complémentaire est généralisée mais n'est pas obligatoire et l'assurance dépendance le serait ?* »

Il pointe, en outre, les difficultés actuelles pour les complémentaires à commercialiser le risque dépendance : « *Aujourd'hui, ce n'est qu'environ 600 millions, à l'échelle nationale, sur les 30 milliards [nécessaires]* ». En fait, estime-t-il, « *il n'y a pas d'appétence, il n'y a pas de lisibilité et, dans les contrats collectifs, il n'y pas de demande véritable* ».

Alain Payan ne peut alors manquer d'intervenir. Il rappelle qu'une étude de l'Ocirp, en 2017, montrait que « *36 % des actifs et 25 % des retraités pensent que l'assurance privée est la solution au reste à charge* ». Pour lui, une action des mutuelles est importante pour prendre en charge une partie de ce coût.

Ce que Pascal Beau ne conteste pas tout en soulignant que « *l'assurance mutualiste dépendance ne peut pas être le fondement. Le fondement, c'est la puissance publique* ».

D'où, d'ailleurs, une question supplémentaire : « *Si l'on demande aux Français d'augmenter les prélèvements, suivront-ils ?* »

VII Nouvelle méthode de prise en charge des personnes âgées

Jacques Nozach et Isabelle Burkhard

Jacques Nozach, ex-président (aujourd'hui vice-président) de l'hôpital gériatrique des Magnolias de Ballainvilliers (Essonne) et Isabelle Burkhard, directrice générale, présentent cet établissement qui applique une règle de conduite basée sur « l'humanité », que l'on peut traduire par le « prendre soin » : favoriser le retour à domicile, le maintien des capacités restantes, le respect de la dignité.

Ils regrettent que ces techniques n'aient pas fait plus tache d'huile.

Créé en 1974, cet hôpital du réseau Agirc-Arrco (privé non lucratif), compte 320 lits et places, emploie un peu plus de 500 salariés et accueille 3000 séjours par an⁴. Son budget de fonctionnement est de 36 millions d'euros par an.

Il est organisé en filières dites intégrées, qui vise à accompagner la personne âgée du domicile à l'entrée en institution mais surtout à tout faire pour éviter, autant que possible, les hospitalisations. Son objectif est aussi de répondre aux besoins des personnes âgées de son territoire, avec une offre de proximité.

VII A A sa création, un « constat douloureux »

Jacques Nozach, qui a eu « l'honneur et le bonheur, d'être président de cet hôpital pendant 20 ans⁵ », explique, en introduction, que « les régimes complémentaires n'ont pas pour vocation de couvrir les besoins quantitatifs, énormes en la matière, mais plutôt de créer des démarches exemplaires, duplicables par ailleurs ».

Les Magnolias ont été créés à la suite d'un « constat douloureux ». Encore aujourd'hui, dit-il, « le problème de personnes dépendantes, c'est la qualité du prendre soin qu'elles vont trouver. Globalement, il est catastrophique ».

Les prises en charge techniques sont extrêmement bonnes, détaille-t-il, mais trop souvent les personnes âgées souffrant de pluri-pathologies, sortent de l'hôpital guéries mais « entrées autonomes, elles sortent dépendantes ». En outre, ces professionnels, excellents, ont, souvent, des relations avec les patients qui manquent fondamentalement de dimension humaine : « on ne frappe pas à la porte de la chambre du patient malade d'Alzheimer, on ne lui adresse pas la parole et on ne lui explique pas ce qu'on va lui faire comme acte technique, etc. »

VII B L'humanité aux Magnolias

« A l'hôpital des Magnolias, continue-t-il, on a cherché des solutions ». Tout d'abord par une « démarche de traitement global, c'est-à-dire une démarche plus large que seulement médicale. L'humanité⁶ est une boîte à outils qui nous a permis de régler un tas de problèmes ».

4 Voir [ici](#) le site des Magnolias.

5 Au titre de directeur général d'un groupe de protection sociale.

6 L'humanité est issue de la méthode Gineste-Marescotti. Voir [ici](#).

Le point fondamental est la prise en compte du patient comme une personne à part entière : *« Même si elle ne peut plus s'exprimer comme tout le monde, elle doit être considérée comme une personne et il ne faut pas la désociabiliser, mais au contraire garder ce contact ».*

Jacques Nozach prend l'exemple de la toilette, qui est souvent un épisode douloureux en hôpital gériatrique (*« D'aucuns assimilaient cela à un quasi-viol »*). La méthode utilisée aux Magnolias, conduit à en faire un moment de relation plutôt agréable.

En fait, *« cette méthode et les méthodes de cette nature revisitent complètement la relation des soignants avec les personnes âgées et donnent du sens aux missions des premiers ».*

C'est une formation assez lourde, d'une quinzaine de jours, qui concerne tout le personnel. Cela a un coût mais il y a, selon lui, très vite un retour sur investissement, avec moins de dysfonctionnements, avec un taux d'absentéisme divisé par deux ou trois, etc.

Il n'y a plus, non plus, de conflits avec les familles car la maltraitance *« non pas volontaire mais par inadvertance ou omission »* disparaît.

Isabelle Burkhard précise que la méthode Gineste-Marescotti, en repositionnant la personne âgée au centre de l'organisation correspond aux valeurs de l'établissement : *« veiller à la qualité, avoir un équilibre budgétaire et donner du sens au travail des professionnels ».*

L'hôpital a également mis en place un travail en commun avec les familles et aussi toute une logique d'associations de bénévoles. Ce qui lui permet d'être un lieu de vie. Comme illustrations, Jacques Nozach cite l'expression artistique, la musicothérapie,...

Ainsi qu'il le dit, les patients atteints d'Alzheimer *« ont encore une vie, même si ce n'est pas au sens où nous l'entendons, nous ».*

VII C Un échec

Jacques Nozach reconnaît cependant un échec par rapport aux objectifs initiaux . En particulier, *« l'humanité a fait venir aux Magnolias tous les ministres de la République, a obtenu le soutien de l'ARS de l'IdF. Ça ne s'est pas du tout, pour autant, répandu, alors que l'un de nos objectifs était de faire bouger la formation initiale, en gériatrie, des infirmières et des aides-soignantes et même des médecins ».*

De ce fait, *« une jeune infirmière qui arrive doit être formée à ces techniques, qui sont le contraire de ce qu'elle a appris à l'école ».*

VII D Pas d'hospitalo-centrisme

« L'hôpital les Magnolias n'est pas qu'un hôpital, il y a une partie sanitaire avec une activité de court séjour, une activité de réadaptation... » précise Isabelle Burkhard.

En outre, *« nous n'avons pas une vision hospitalo-centrée, mais une vision très ouverte, du domicile jusqu'en institution, quand les troubles de la personne âgée ne lui permettent plus de rester chez elle ».* Cette décision d'entrer en Éhpad, d'ailleurs, *« ne devrait jamais être une décision médicale mais un choix de vie de la personne »* et doit être préparée, sinon c'est une *« rupture d'une violence inouïe ».*

En ce qui concerne l'ouverture sur la ville, le service social des Magnolias travaille de manière très étroite avec les Clics (Comités locaux d'information et de coordination), qui sont des portes

d'entrée pour les proches qui constatent les premiers signes de la fragilité. Ils mettent en place les premières aides, font le lien, si nécessaire, avec l'hôpital, font un premier bilan de la situation gériatrique globale de la personne et mettent en place des actions préventives pour permettre à la personne d'aménager son logement, de bénéficier de portage de repas, etc.

VII E Relation avec médecine de ville

Ainsi que le fait remarquer Peggy Wihlidal, déléguée générale de l'association Soins Coordonnés, « *la prise en charge à domicile, par les soins primaires, est l'une des solutions pour que les personnes âgées restent chez elles* ». Pour elle, il existe « *400 000 professionnels de santé libéraux, dont les compétences sont largement sous-utilisées* ».

Isabelle Burkhard estime qu'en effet, « *il faut avoir des organisations beaucoup plus intégrées qui permettent de travailler en équipe, à l'échelle d'un territoire et au plus près du domicile* ».

D'ailleurs, dans le « projet médical 2017-2021 » des Magnolias, l'idée est de renforcer cet aspect. Une réflexion est même en cours pour avoir des représentations de cette médecine de ville au sein du conseil d'administration de l'hôpital.

Conclusion

Philippe Mixe

Le président de la Fnim, à qui il revient de conclure cette matinée, retient principalement « *deux choses : on prend conscience que l'on a devant nous une espèce de bombe à retardement. On sait qu'elle existe depuis longtemps mais le problème c'est que, maintenant, la mèche est allumée. [Le deuxième point] est l'obligation de remettre de l'humain dans tous ces dispositifs.*

C'est révélateur de ce à quoi nous [les mutuelles] sommes très attentifs et sensibles : ce besoin de proximité, d'humanité : On nous a présenté beaucoup de chiffres, des besoins importants de financement, mais le capital le plus important, c'est le capital humain ».

D'où sa phrase finale : « *Il est clair que nous, mutuelles, devons nous engager dans l'accompagnement de l'allongement de la durée de la vie* ».