

# Risques

Les cahiers de l'assurance

## ■ Dépendance : le défi d'aujourd'hui

Jean-Louis Bianco  
Brigitte Dormont  
Jérôme Kullmann  
Florence Lustman  
Philippe Marini

Bernard Spitz  
Lucie Taleyson  
Rose-Marie Van Lerberghe  
Martin Vial

En partenariat avec la revue

# ESPRIT

## ■ Dépendance : que sait-on vraiment ?

François-Xavier Albouy  
Laurent Batsch  
Etienne Baulieu  
Didier Blanchet  
Pascale Breuil-Genier  
Denis Burckel  
Christophe Courbage  
François Cusin  
Bruno Dubois  
Najat El Mekkaoui de Freitas  
Françoise Forette  
Agnès Gramain  
Marie-Eve Joël  
Claire Juillard  
Anne Laferrère

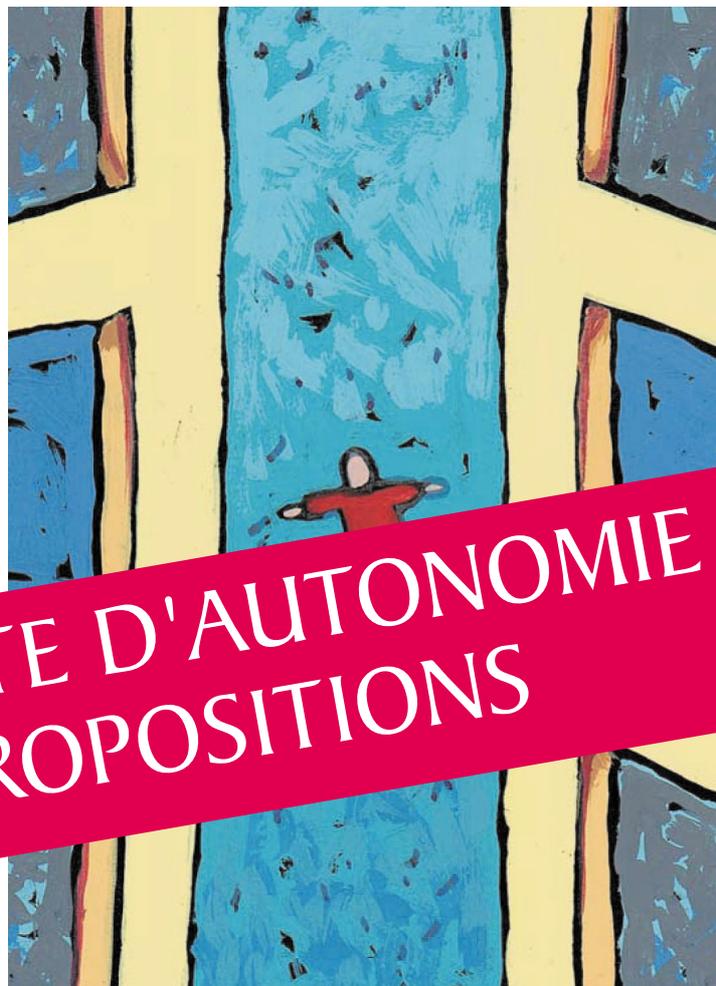
Jean-Hervé Lorenzi  
André Masson  
Marc Mousli  
Joaquim Oliveira Martins  
Alain Parant  
Jacques Pelletan  
Jean Pinquet  
Manuel Plisson  
Guillaume Sarkozy  
Côme Segretain  
Jean-François Toussaint  
Philippe Trainar  
Alain Trognon  
Guy Vallancien

## ■ Études et Livres

Alain Combes  
Régis de Larouillère  
Carlos Pardo

Christian de Perthuis  
Laurent Poulet  
Gérard Valin

## NUMÉRO SPÉCIAL



n° 78 ■ Trimestriel Juin 2009 - SEDDITA

DÉPENDANCE... PERTE D'AUTONOMIE  
ANALYSES ET PROPOSITIONS

## C omité éditorial



Jean-Hervé Lorenzi

*Directeur de la rédaction*

François-Xavier Albouy et Robert Leblanc

*Société*

Pierre Bollon

*Études et livres*

Gilles Bénéplanc et Daniel Zajdenweber

*Risques et solutions*

Arnaud Chneiweiss et Philippe Trainar

*Analyses et débats*

Isabelle Clap François Ewald Jean-François Lequoy

Joëlle Rolland

*Secrétaire de rédaction*

## C omité scientifique



David Alary, Philippe Askenazy, Luc Arrondel, Jean Berthon,

Michel Bisch, Jean-François Boulier, Marc Bruschi, Philippe Casson,

Pierre-André Chiappori, Michèle Cohen, Georges Dionne,

Patrice Duran, Georges Durry, Louis Eeckhoudt, Didier Folus, Pierre-Yves Geoffard, Claude Gilbert,  
Christian Gollier, Marc Guillaume, Bernard Guillochon, Pierre-Cyrille Hautcoeur, Sylvie Hennion-Moreau,

Dominique Henriët, Christian Hess, Vincent Heuzé, Jean-Pierre Indjehagopian,

Pierre Jacquet, Gilles Johanet, Elyès Jouini, Jérôme Kullmann, Dominique de La Garanderie,

Pierre-Marie Larnac, Daniel Laurent, Hervé Le Borgne, Claude Le Pen,

Laurent Leveneur, Olivier Mareuse, André Masson, Luc Mayaux, François Meunier, Jean-Christophe Meyfredi,

Erwann Michel-Kerjan, Alain Moeglin, Marie-Christine Monsallier-Saint-Mleux, Stéphane Mottet,

Michel Mougeot, Bertrand Munier, Yves Negro, Carlos Pardo, Jacques Pelletan, Pierre Pestieau,

Pierre Petauton, Pierre Picard, Philippe Pierre, Manuel Plisson, Jean-Claude Prager, Françoise Rambaud,

André Renaudin, Christophe Roux-Dufort, Christian Schmidt, Côme Segretain, Jean-Charles Simon,

Olivier Sorba, Didier Sornette, Charles Tapiero, Patrick Thourot, Alain Trognon,

François de Varenne, Nicolas Véron, Jean-Luc Wybo

# Sommaire - n° 78 -

## Partie 1 *Dépendance* : le défi d'aujourd'hui

François-Xavier Albouy et Marc-Olivier Padis, *Introduction* ..... 9

**Table ronde** ..... 11

Brigitte Dormont, *Paris Dauphine*

Jérôme Kullmann, *Paris Dauphine*

Lucie Taleyson, *Axa*

Rose-Marie Van Lerberghe, *Korian*

Martin Vial, *Europe Assistance*

### Réactions à la table ronde

Philippe Marini, *Sénateur de l'Oise* ..... 24

Jean-Louis Bianco, *Député des Alpes de Haute-Provence* ..... 29

Bernard Spitz, *FFSA* ..... 32

Florence Lustman, *Mission interministérielle Alzheimer* ..... 36

## Partie 2 *Dépendance* : que sait-on vraiment ?

Jean-Hervé Lorenzi, Jacques Pelletan, Côme Segretain, *Enjeux économiques du vieillissement démographique : le cas de la dépendance* ..... 41

### Jusqu'où peut-on prévenir la dépendance ?

Guillaume Sarkozy, *Introduction* ..... 48

Bruno Dubois, *L'exemple de la maladie d'Alzheimer* ..... 50

Etienne Baulieu, *La dépendance et les progrès de la recherche biomédicale* ..... 53

Jean-François Toussaint, *La prévention tout au long de la vie* ..... 55

Françoise Forette, *Prévention par l'activité des seniors* ..... 58

Guy Vallancien, *Vivre n'a pas d'âge !* ..... 63

Marie-Eve Joël, *Conclusion* ..... 67

### La démographie de la dépendance

Didier Blanchet, *Données européennes et principales questions* ..... 69

Pascale Breuil-Genier, *Les projections démographiques, des outils d'analyse* ..... 72

Alain Parant, *La démographie de la dépendance : projections* ..... 75

Marc Mousli, *Éléments d'une prospective de la dépendance des personnes âgées* ..... 79

Alain Trognon, *Conclusion* ..... 87

### Y a-t-il une économie de la dépendance ?

François-Xavier Albouy, <i>Y a-t-il une économie de la dépendance ?</i> .....	88
Laurent Batsch, Denis Burckel, François Cusin, Claire Juillard, <i>Vieillesse de la population, gérontocroissance et marché du logement</i> .....	94
Agnès Gramain, <i>Quelle place pour l'aide familiale ?</i> .....	101
Christophe Courbage, <i>La couverture du risque de dépendance</i> .....	107
Najat El Mekkaoui de Freitas, Joaquim Oliveira Martins, <i>Risque de dépendance, cycle de vie et épargne des ménages</i> .....	114

### La dépendance : un choix de société ?

André Masson, <i>Introduction</i> .....	117
Manuel Plisson, <i>Le marché de l'assurance dépendance</i> .....	120
Anne Laferrère, <i>Dépendance et logement</i> .....	126
Jean Pinquet, <i>Quel avenir pour l'assurance dépendance ? Leçons de l'expérience américaine</i> .....	131
Philippe Trainar, <i>Le dernier hold-up des baby-boomers ?</i> .....	135
Alain Trognon, <i>Conclusion</i> .....	138

## Partie 3 *Études et Livres*

Laurent Poulet, <i>Transaction et référé en matière d'accidents de la circulation</i> .....	140
Gérard Valin, <i>L'expertise financière indépendante. Enjeux et actualités en France et en Europe</i> .....	145
Pierre Martin, <i>Deux siècles d'assurance mutuelle. Le Groupe Azur</i> , par Alain Combes .....	154
André Babeau, <i>Richesses du monde</i> par Christian de Perthuis .....	156
<i>L'année des professions financières 2009</i> par Régis de Laroullière .....	157
Michèle Bernard-Royer, <i>L'investissement socialement responsable : vers une nouvelle éthique</i> par Carlos Pardo .....	158



# Éditorial

---

Quel sera le visage démographique du monde en 2030 ? Tout paraît figé et pourtant rien n'est aussi simple. Nous savons que les projections démographiques tendent à figer solde migratoire, natalité et mortalité, alors que ces trois paramètres peuvent connaître des variations inopinées importantes. C'est dire que nous avons à situer nos réflexions dans un monde bien incertain. On peut, par exemple, s'interroger sur la pertinence à considérer que l'allongement actuel de la durée de la vie dans notre pays peut se poursuivre indéfiniment. Néanmoins, quelques tendances lourdes ne devraient pas être démenties.

D'abord, une hausse significative de la population mondiale, qui devrait atteindre, selon l'Ined, 8,3 milliards d'habitants en 2030 ; cette hausse sera essentiellement localisée en Afrique, au Moyen-Orient et en Inde. Et surtout, un vieillissement généralisé, très marqué, touchera la plupart des pays de l'OCDE et la Chine. Ce vieillissement n'est pas nouveau en soi, mais il est appelé à s'accélérer : si des pays développés, comme les États-Unis, ont « vieilli » d'une année en moyenne par décennie au siècle dernier, ce rythme a doublé aujourd'hui. D'une manière générale, les tendances observées donneront évidemment lieu à un déclin du poids démographique de notre continent. En un mot, les évolutions des différents pays – même si tous tendent à vieillir sur le long terme – sont asynchrones, ce qui rend les rapports de force démographiques fluctuants.

Les conséquences économiques, médicales et sociales de ces mutations seront majeures. Qu'en sera-t-il de la productivité, fortement liée, on le sait, à l'innovation ? Quelles ruptures technologiques et quelles innovations majeures pouvons-nous attendre de l'évolution démographique actuelle ? Par ailleurs, le déclin de la force de travail entraînera-t-il un déclin de la production ? La durée de travail au sein d'une vie sera-t-elle nécessairement remise en question ? Dans cette perspective, la réflexion sur la dépendance, son coût et les politiques de sa prise en charge présente évidemment un caractère fondamental et indispensable. Pourquoi ? Parce qu'il s'agit d'abord d'assurer un niveau de santé élevé aux populations vieillissantes, dans un contexte de mise sous tension des finances publiques. Cette exigence prend souvent la forme d'un conflit entre les générations alors que les inégalités – de revenu comme de patrimoine – intergénérationnelles sont relativement marquées. Et puis, nous allons nous trouver confrontés, dans les mois à venir, à des choix politiques de première importance : la mise en œuvre, la plus efficace économiquement et la plus respectueuse pour nos concitoyens, de nos choix de société.

C'est avec cette ambition que ce numéro spécial sur le thème de la dépendance présente l'originalité de traiter le thème sous deux angles. Nous avons d'abord souhaité faire le point, avec rigueur, sur l'état exact de nos connaissances ; et tout cela à partir d'un colloque qui s'est tenu le 4 décembre 2008, « La dépendance : que sait-on vraiment ? », autour d'une trentaine d'experts souvent issus du milieu médical, et organisé par la chaire « Transition démographique » de la Fondation du risque. Mais nous avons jugé que ceci ne suffisait pas et que ce thème nécessitait une réflexion sociétale. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé à cinq personnalités venues d'horizons extrêmement différents – l'assurance, la santé, l'économie et le droit – d'en débattre. Cette table ronde présente la particularité d'être l'objet d'une publication, à la fois dans *Esprit* et dans *Risques*, ce qui lui permettra d'avoir toute l'audience qu'elle mérite. Tout n'est pas résolu, loin s'en faut, mais nous avons essayé dans ces pages d'éclairer les décisions, essentielles pour notre société, qui seront prises dans les mois qui viennent.

Jean-Hervé Lorenzi

1.

# Dépendance : le défi d'aujourd'hui



## Introduction

- François-Xavier Albouy et Marc-Olivier Padis

## Participants à la table ronde

- Brigitte Dormont
- Jérôme Kullmann
- Rose-Marie Van Lerberghe
- Lucie Taleyson
- Martin Vial

## Réactions à la table ronde

- Philippe Marini
- Jean-Louis Bianco
- Bernard Spitz
- Florence Lustman



# INTRODUCTION

François-Xavier Albouy

*Comité éditorial Risques*

et Marc-Olivier Padis

*Rédacteur en chef revue Esprit*

La revue *Risques* et la revue *Esprit* lancent un numéro commun sur l'âge et la dépendance. Cette publication exceptionnelle poursuit une démarche déjà amorcée l'année dernière par un numéro commun entre *Risques* et la *Revue d'économie financière* sur la crise mondiale. Cette volonté d'ouverture à d'autres cercles de réflexion est légitime et nécessaire : l'assurance est au cœur de nombreux débats de société.

La qualité et le prestige de la revue *Esprit* ne sont plus à démontrer, son intérêt pour les grandes questions de société est connu. Il était donc naturel de concevoir ensemble une réflexion sur les conséquences sociales du vieillissement et la montée du risque de dépendance.

Le sujet de la dépendance ne se réduit pas à un débat sur la matière assurable ou sur le partage des risques entre la puissance publique et les opérateurs de marché, c'est en fait une question qui est au cœur du projet de nos sociétés.

Partout dans le monde, la transition démographique se traduit par un vieillissement des populations. La grande caractéristique du vieillissement est la fragilité. Le paroxysme de cette fragilité est la dépendance. Ce constat plaide en faveur d'une politique des âges.

Cette politique des âges dépasse la question de l'assurance dépendance, mais selon que les dispositifs d'assurance dépendance seront plus ou moins

généreux, organiseront des transferts judicieux entre générations et favoriseront le développement et la diffusion de technologies adaptées aux problèmes de l'isolement et de la fragilité, la politique des âges sera plus cohérente.

L'assurance dépendance n'est donc pas un sujet anecdotique, il est à l'avant-garde de la grande question des années à venir : comment organiser une société vieillissante ?

La France est connue pour la complexité mais aussi la qualité de ses systèmes de protection et d'assurance. Ce qui transparait dans les débats, parfois vifs, retranscrits ici, c'est qu'un modèle est en train de s'inventer où les enjeux, loin d'être strictement financiers, doivent être pensés à la lumière d'une politique des âges et des générations, d'une politique de la ville et de l'habitat, d'une organisation des soins et des services, d'une nouvelle manière de concevoir la transmission des patrimoines, d'une volonté collective de trouver les meilleures réponses et la meilleure articulation des partenariats entre les opérateurs privés, sociaux et publics.

Dans la revue *Risques*, le dossier est présenté en deux parties. La première est une table ronde conçue et organisée avec la revue *Esprit*. Elle réunit des professionnels – assureur, assistant et gestionnaire d'Ehpad – quotidiennement confrontés à la problématique de la dépendance, et des universitaires spécialisés dans l'économie de la santé et le droit des

assurances. À cette table ronde réagissent des politiques et le président de la FFSA. La seconde partie reprend l'essentiel des actes d'un colloque qui s'est tenu à l'Assemblée nationale en décembre 2008, à l'initiative de la chaire « Risques et chances de la transition démographique » de la Fondation du risque.

Le message de ce numéro exceptionnel est peut-être de rappeler aux décideurs publics qu'il y a une véritable urgence à prendre les mesures qui permettront d'inventer un nouveau modèle, original, plus respectueux des besoins immédiats des familles confrontées à la dépendance et, au-delà, plus soucieux de l'équité entre les générations.

# T ABLE RONDE

## LES PARTICIPANTS

### ■ Brigitte Dormont,

Économiste, professeur à l'Université Paris-Dauphine et directrice de la chaire Santé, risque, assurance de la Fondation du risque. Elle vient de publier *Les Dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?*, Paris, Éditions de la rue d'Ulm, 2009.

### ■ Jérôme Kullmann,

Juriste et professeur à l'Université Paris-Dauphine, directeur de l'Institut des assurances de Paris, président de l'Association Internationale de Droit des Assurances (Aida-France).

### ■ Rose-Marie Van Lerberghe

Présidente du groupe Korian qui gère des maisons de retraite médicalisées et aussi des cliniques de soins de suite et de réadaptation. Auparavant, directrice générale de l'AP-HP, expérience qu'elle a raconté dans un ouvrage publié chez Albin Michel *Oui, la réforme est possible*.

### ■ Lucie Taleyson,

En charge des risques vie au sein du Group Risk Management du groupe AXA.

### ■ Martin Vial,

Directeur général du groupe Europ Assistance depuis cinq ans.

Auteur de *La Care Revolution. L'Homme au cœur de la révolution mondiale des services*, éditions Nouveaux débats publics, 2008.

**Esprit - Risques :** Pouvons-nous commencer par fixer les idées sur le vieillissement : que peut-on attendre exactement, en termes d'augmentation de l'espérance de vie ? La tendance actuelle peut-elle se prolonger, et jusqu'où ? D'autre part, l'augmentation de la durée de vie signifie aussi l'augmentation de la durée de vie en bonne santé, c'est-à-dire en quelque sorte un rajeunissement des personnes – en ce qui concerne leur état de santé, mais aussi leur mode de vie, leur comportement... Comment percevez-vous à la fois cette évolution et ce double mouvement ?

**Lucie Taleyson :** Tout d'abord, il faut rappeler cette bonne nouvelle : chaque année, nous gagnons un trimestre d'espérance de vie, ce qui correspond à 6 heures de gain journalier ! C'est-à-dire qu'un enfant

qui naît aujourd'hui vivra en moyenne 6 heures de plus qu'un enfant né hier. Cette tendance se poursuit. Tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, dans les pays industrialisés, l'espérance de vie a été en gros multipliée par deux. Maintenant, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, l'espérance de vie par exemple pour un homme se situe entre 74 et 79 ans, et pour une femme entre 79 et 85 voire 86 ans. Quand on regarde les tendances en termes de diminution de la mortalité, on voit qu'au Japon cette espérance de vie continue à progresser fortement, voire à s'accélérer : pour les femmes japonaises, le taux de mortalité continue à baisser de plus de 3 % tous les ans, même pour les femmes très âgées, alors qu'en moyenne, dans les autres pays de l'OCDE, la baisse est plutôt de l'ordre de 2 %. Quand on regarde d'un point de vue

international, on constate que cette longévité reste encore très spécifique aux pays. Les écarts hommes-femmes tendent à se réduire dans certains pays, mais parfois ils peuvent s'élargir – notamment au Japon en raison de cette forte longévité féminine. On n'observe pas pour l'instant de décélération dans ces tendances, ce qui signifie que ce vieillissement continue. Et en termes d'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité, effectivement ce qu'on observe c'est ce qu'on appelle la « compression de morbidité ». C'est-à-dire que les gens vivent de plus en plus longtemps mais en meilleure santé. Mais cette compression de morbidité est avant tout observée dès lors que l'on parle d'états de dépendance lourde par exemple. Ceci est surtout valable pour les dépendances dites fonctionnelles (physiques) ; quant aux dépendances sévères d'origine neurodégénérative (les démences), le gain est moins évident et ce serait plutôt une stabilisation qui serait observée.

**Esprit - Risques :** Est-on au terme des gains d'espérance de vie et donc peut-on déjà se fonder sur ce que nous avons connu jusqu'à présent pour imaginer les scénarios d'avenir, ou faut-il s'attendre encore à des améliorations importantes et aux effets encore indiscernables ?

**Lucie Taleyson :** Les gains d'espérance de vie semblent se poursuivre. Il suffit de regarder le nombre de centenaires. Tous les démographes observent la fameuse région d'Okinawa au Japon, où l'on compte environ 61 centenaires pour 100 000 personnes, ce qui est extraordinaire puisque dans l'ensemble du Japon c'est 30 pour 100 000. Et en France c'est 33 pour 100 000, ce qui est un bon chiffre. La population des centenaires continue à croître. Mais y a-t-il une limite à l'espérance de vie ? Il n'existe pas, sur ce sujet, de consensus parmi les démographes. Certains, très optimistes, pensent qu'il y en a peut-être une, mais relativement lointaine, vers 140 ans. D'autres, très pessimistes, disent : tous les gains ont été acquis en termes d'amélioration, c'est fini. Pour l'instant, cette dernière position semble plutôt démentie, puisque l'âge du décès continue à reculer, avec une moyenne à 85-86 ans au Japon pour les femmes.

**Rose-Marie Van Lerberghe :** On dit que la compression de la morbidité se fait par étapes, qu'elle n'est pas linéaire. C'est-à-dire que globalement, l'espérance de vie sans incapacité augmenterait plus vite que le reste, mais par à-coups.

**Lucie Taleyson :** Oui, c'est exactement cela. Mais tout dépend des pays. Une difficulté des comparaisons internationales est que la définition de la dépendance lourde ou des incapacités sévères n'est pas partout la même. Mais, dans l'ensemble, on observe quand même cette compression. En ce qui concerne la dépendance partielle ou une dépendance légère, on observe néanmoins une stabilisation plus qu'une progression.

**Martin Vial :** À un horizon relativement court – les vingt ou trente prochaines années – il y aura une certaine compression. Ensuite, si on se place sur un horizon un peu plus long, qui est sans doute la fin du siècle, les progrès à la fois de la biomédecine, de la nanomédecine, de la combinaison entre biomédecine et robotique vont permettre le remplacement d'organes et vont sans doute repousser ce mur des 100-110 ans devant lequel on se trouve aujourd'hui. Dans le domaine biologique, ce processus de la sénescence reste encore un des grands mystères de la vie. Ce qui est certain, c'est que les progrès qui seront faits dans la connaissance de la sénescence, et donc de la destruction ou de la dégénérescence progressive des cellules des corps biologiques fondamentaux, vont permettre de passer à une autre phase.

**Rose-Marie Van Lerberghe :** L'espérance de vie sans invalidité ne veut pas dire sans pathologies. Avec les progrès de la médecine, les gens restent à domicile le plus longtemps possible, mais ils sont un peu cardiaques, un peu diabétiques... Une rupture se produit quand survient un épisode aigu d'une des pathologies, ou tout simplement un accident (le col du fémur...). À ce moment-là, l'équilibre permis par la médecine se défait de façon dramatique et très rapide, notamment en raison du stress de l'hospitalisation. C'est ce que nous observons lors de l'arrivée en maison de retraite. Il serait donc faux de penser que les gens vivent sans pathologies, mais la médecine

aujourd'hui est de plus en plus une médecine de maladies chroniques.

**Esprit - Risques :** La limite ne se situe-t-elle pas désormais entre les pathologies non invalidantes et celles qui sont invalidantes ?

**Lucie Taleyson :** Oui, certainement. Je voudrais ajouter quelques mots sur les facteurs explicatifs de la longévité. Les progrès de la longévité sont en partie liés à des campagnes de prévention, on le voit au niveau international, sur le plan cardiovasculaire, même maintenant pour la démence où des détections précoces permettent de stabiliser un peu les situations même si l'on ne parle pas de guérir. Quand on regarde les facteurs explicatifs de la longévité, on parle souvent du style de vie (alimentation, exercice physique...). Mais quand on essaie de d'analyser ces gains d'espérance de vie (comme le fait la Banque mondiale), notamment dans les pays européens, grosso modo 20 % viendraient du niveau socioéconomique, 30 % du niveau d'éducation de la mère et 50 % de la génération et des progrès médicaux. Selon la génération à laquelle vous appartenez, vous avez une longévité assez différente. Cet effet de cohorte est un facteur très marqué par exemple au Royaume-Uni, où les personnes nées entre 1925 et 1945 ont une longévité, ou plutôt des taux d'amélioration de la mortalité, exceptionnels par rapport à des générations nées avant ou après. La prévention et les progrès médicaux sont liés à ces différentes générations. Grâce aux campagnes de prévention qui se multiplient, aux progrès médicaux en termes de thérapie génique ou à tous les progrès qu'on attend pour les maladies neurodégénératives, il reste sans doute des réserves d'amélioration de la longévité.

**Brigitte Dormont :** Des gains d'espérance de vie colossaux sont observés depuis le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle dans les pays développés. En France, l'espérance de vie a plus que triplé depuis 1750 – mais aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles les progrès étaient dus à la baisse de la mortalité infantile. Ce n'est qu'à partir des années 1950 qu'il y a eu une augmentation de l'espérance de vie à 50 ans. La courbe de l'espérance de vie

à 50 ans est complètement plane jusqu'en 1950, et ce n'est qu'à partir de cette date qu'on observe une progression. C'est là qu'on peut relier les gains d'espérance de vie à de véritables progrès médicaux. Pour la période antérieure, on les raccorde plutôt aux progrès dans l'hygiène, l'organisation de la société, ou l'alimentation. Cette rupture est finalement récente, et liée au fait qu'il y a un accroissement de la longévité par le haut, dans la survie des personnes de plus de 50 ans.

**Martin Vial :** La longévité entraîne aussi des effets sur les comportements individuels. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, quand l'espérance de vie était de l'ordre de 30 ans ou même légèrement inférieure en moyenne, le comportement social était forcément très différent. On n'avait qu'une seule vie affective, on faisait des enfants très tôt (notamment pour les femmes, qui en mouraient souvent). Aujourd'hui, dans un monde où l'espérance de vie est autour de 80 ans, la perspective d'avoir deux ou trois vies affectives n'est plus vécue de la même façon qu'elle pouvait l'être sur une durée de vie de trente ou quarante ans. Deuxième question en termes de comportement individuel : à peu près 40 % de la durée de vie est consacré à la vie professionnelle (en tout cas dans les pays riches). Que fait-on du reste ? Cela nous conduit à nous interroger sur la gestion du loisir pendant la période active professionnelle et puis, même si l'âge de passage à la retraite va tendanciellement augmenter, sur la gestion de la période retraite, en dehors de toute incapacité physique, intellectuelle, etc.

**Rose-Marie Van Lerberghe :** Encore ces changements de mode de vie représentent-ils sans doute le versant le plus facile à discuter : refaire sa vie, découvrir les loisirs, se mettre à voyager, tout cela alimente les rubriques des journaux féminins. Des enquêtes grand public affirment même qu'on découvre le bonheur vers 65 ans. C'est la grande vie ! Mais on parle moins facilement de la dépendance du grand âge. On touche ici à une véritable angoisse, à un non-dit collectif. Je me suis laissé dire que si l'assurance dépendance ne se développait pas beaucoup, alors que les assurances décès sont entrées dans les mœurs, c'est parce que les gens acceptaient beaucoup plus facilement

d'imaginer leur mort brutale que leur dépendance. Dans les journaux on en parle que de façon négative, à l'occasion de drames sur la maltraitance. Pour le reste, on observe un silence contraint. Comment voulez-vous attirer des personnels à tous niveaux dans ces secteurs avec un tel déni collectif ?

**Lucie Taleyson :** Un sujet fondamental reste la solvabilisation des foyers modestes face au risque de dépendance. Quelques chiffres : pour la dépendance lourde, un coût mensuel de 3 000 euros n'est pas exagéré. À l'heure actuelle en France, des familles s'endettent pour payer la dépendance d'un ascendant ou d'un proche. La prise en charge publique moyenne pour un niveau de dépendance lourde avoisine en effet les 500 euros. Considérant un revenu moyen de 1 200 euros pour les retraités, on voit bien qu'il y a un reste à charge considérable pour les familles les plus modestes. L'urgence, c'est vraiment de solvabiliser ces gens-là.

La conscience du risque, malgré tout, semble progresser, en particulier en France. Il y a même une conscience que la prise en charge ne pourra pas être entièrement publique, que c'est une responsabilité en grande partie individuelle. Cette conscience du risque est plus forte chez les femmes, parce qu'elles ont eu souvent à s'occuper d'une belle-mère, d'une mère ou d'une grand-mère. Souvent elles souscrivent un contrat d'assurance dépendance par altruisme, parce qu'elles ne veulent pas peser sur leurs enfants comme leurs propres parents ou beaux-parents ont pu peser sur elles. Cette génération, qu'on qualifie de « génération sandwich », doit s'occuper d'enfants et de petits-enfants, et de quatrième et cinquième génération, c'est-à-dire des parents et grands-parents. Cette génération se retrouve à prendre en charge la génération N - 2 et N + 2.

**Jérôme Kullmann :** On hésite également à aborder le thème des tutelles, un système qui n'est pas bien adapté en France. Le nombre de personnes qui ne sont plus « capables » au sens juridique, c'est-à-dire qui ne peuvent plus apporter un consentement sain et sans vice dans des actes de la vie courante ou des actes graves, est en train d'exploser. La démence sénile

est un mot qui suscite naturellement une grande angoisse. Mais en réalité, la situation préoccupante est celle qui précède : le grand danger, pour les personnes qui vieillissent, quant à leurs actes de la vie courante, se situe avant cette démence sénile. De même que l'enfant à 7 ans est supposé avoir l'âge de raison, il faut attendre 18 ans pour être capable juridiquement. Il existe une zone grise avant l'état de démence sénile, dans laquelle on constate qu'une personne fait des actes aberrants, alors qu'elle a encore malgré tout apparemment toute sa tête : elle trotte, elle va faire ses courses, et si on lui fait une réflexion c'est le drame. Et le droit français est fait de telle sorte que la mise sous curatelle ou sous tutelle ne fonctionne pas correctement ; parce qu'il faut vraiment attendre un acte catastrophique pour passer à une décision. Or, les actes malveillants ne sont pas négligeables, avec par exemple des captations de fortune. Le droit français est particulièrement démuné dans ce domaine, comparé à l'Allemagne, par exemple, qui permet une mise sous tutelle beaucoup plus rapide. La mise sous tutelle, en France, exige normalement qu'il y ait un rapport de médecin, notamment d'un neurologue. Mais le problème de ces maladies de la dégénérescence, c'est que la personne peut parfaitement être lucide au moment de l'examen médical, tout en connaissant en réalité des difficultés qui s'aggravent de manière progressive.

En France, on a créé il y a deux ans par une loi le pacte par lequel une personne parfaitement saine peut désigner la personne qui serait chargée de s'occuper d'elle au cas où elle ne pourrait plus prendre les décisions la concernant. Mais cela ne fonctionne pas, parce que c'est un acte terrible d'anticiper une situation où l'on ne sera plus capable de décider de son sort. L'alternative serait de prévoir, pour des actes graves (vente de l'appartement, de la maison...), une espèce de conseil qui doit donner son autorisation.

**Brigitte Dormont :** Évidemment, chacun est angoissé par l'hypothèse de dégénérescence sénile. C'est pourquoi il est crucial de ne pas réduire le phénomène du vieillissement à la démence sénile. Celle-ci n'intervient qu'au grand âge et a une prévalence relativement réduite, comparée au phénomène très général du

vieillesse de la population, c'est-à-dire de l'augmentation de la proportion de personnes âgées. La peur du vieillissement est véhiculée dans de nombreux médias. Dans la presse, on trouve quasi quotidiennement l'idée que les dépenses de santé vont exploser à cause du vieillissement de la population. Or, à l'inverse de ce qu'on croit souvent, le vieillissement n'est qu'un facteur extrêmement marginal de la croissance des dépenses de santé. Des études menées pour la France ont montré qu'il ne jouait que pour 1/10<sup>e</sup> de la croissance des dépenses de santé. Pourtant cette idée fautive continue à circuler. On peut se demander si cette angoisse n'est pas instrumentalisée, notamment par les acteurs du débat sur le partage des ressources entre actifs et inactifs.

**Martin Vial :** On voit bien que le sujet du vieillissement présente deux versants. En tant qu'entreprise d'assistance et de services, nous adaptons nos services à des cibles de clientèle ou de population vieillissantes qui sont très actives. Et l'organisation des services dans cette phase – avant la retraite et puis pendant une quinzaine d'années, qui est une phase de très grande mobilité, à la fois intellectuelle, physique, affective, etc. – nous amène à concevoir des produits adaptés à ces personnes. Nos filiales, de plus en plus aujourd'hui, vont rapatrier des gens qui font du trekking dans l'Himalaya ou dans les Andes, qui ont 70 ou 75 ans. C'était totalement impensable il y a trente ans ! Nous avons donc organisé des produits pour ce type de clientèle. Mais l'autre versant, la dépendance, existe aussi. Dans ce domaine, les produits d'assurance dépendance se vendent très mal, parce que si on anticipe de façon inéluctable la mort, on anticipe de façon beaucoup moins inéluctable la dépendance, et l'image qu'elle projette est évidemment extrêmement péjorative et négative. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle je suis favorable à un système d'assurance mixte publique et privée, mais qui doit être obligatoire si on veut amorcer le marché. Des dispositifs purement incitatifs n'y suffiront pas. La réalité du risque est de plus en plus perçue, mais il y a une angoisse parce que tout le monde a réalisé que la couverture de solidarité n'est pas suffisante, et qu'une retraite moyenne (qui aujourd'hui est de l'ordre de

1 000 euros) de toutes façons n'y suffit pas dès que l'on rentre dans des niveaux de dépendance significatifs. La demande est aussi liée au fait que plusieurs générations prennent conscience qu'elles seront concernées, soit directement, soit indirectement pour aider à la prise en charge des proches.

**Esprit - Risques :** Pouvez-vous réagir sur ces deux points : le caractère obligatoire de l'assurance dépendance ou les mesures incitatives ? Comment organiser ces partenariats public-privé, voire public et économie sociale privée dans la prise en charge des personnes dépendantes ?

**Rose-Marie Van Lerberghe :** Il faut rappeler avant tout une particularité française qui est la coupure entre la prise en charge sanitaire et la prise en charge médico-sociale. Tant que les personnes sont chez elles, tout va bien, elles sont suivies. Et puis arrive l'accident. Elles entrent à l'hôpital. On les accueille tant bien que mal, parce qu'en général les services n'ont pas tellement envie de les prendre, ne sachant pas, une fois le traitement terminé, à qui les adresser, ce qui est le problème du *bed blocking* bien connu. En tout cas, pour la famille et la personne âgée, la prise en charge est complète. Après, si les personnes ne peuvent pas rentrer à domicile, elles vont en soins de suite et de réadaptation, il y a toujours une prise en charge totale. Mais au bout d'un moment, comme il n'y a pas d'espoir de rétablissement, la personne passe en long séjour, en unité de soins de longue durée (USLD) à l'hôpital public ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ehpad). Et dans les deux cas, les familles n'arrivent pas à comprendre qu'ayant cotisé toute leur vie, tout d'un coup elles ont à payer.

C'est un problème courant à l'Assistance publique, où l'on trouve des établissements gériatriques avec la partie soins de suite et de rééducation (SSR) et la partie USLD. Quand on passe en USLD on voit moins le médecin, on voit moins le kiné, il y a moins de services mais il faut quand même payer 70 euros par jour parce qu'on tombe dans le médico-social. Cette coupure entre le sanitaire, où vous êtes pris en charge complètement, et le médico-social est

difficile à comprendre et à accepter par les personnes âgées et leur famille.

**Martin Vial :** C'est ce qui justifie une cinquième branche ou un cinquième risque, car précisément dans le traitement de la dépendance, l'aspect médical et médico-social sont totalement liés. Vous ne pouvez pas séparer l'un de l'autre. D'ailleurs, aujourd'hui c'est séparé et on voit bien que le système n'est pas d'une grande efficacité.

**Lucie Taleyson :** L'allocation personnelle d'autonomie (APA), qui coûte 5 milliards par an, est difficilement financée à l'heure actuelle et ne règlera pas le problème de la dépendance. Avec l'allongement de la vie, le nombre de personnes dépendantes ira croissant, même en dehors de toute aggravation du risque, simplement parce qu'un plus grand nombre de personnes atteint des âges où la probabilité de devenir dépendant est forte. D'un point de vue international, la plupart des systèmes de prise en charge de la dépendance sont chroniquement déficitaires. L'Allemagne a créé une cinquième branche de la Sécurité sociale (le système japonais est assez similaire) en 1995 : il était censé être pérenne pendant au moins quinze ans, mais en 1999 il était déjà déficitaire. Le gouvernement allemand, en 2008, a décidé de remettre le système à plat. Il a simplement revalorisé un petit peu certaines garanties et augmenté les prélèvements destinés au financement de cette branche de 15 %, mais cette augmentation n'assurera le financement que jusqu'en 2014. On pourrait dire la même chose à partir de l'exemple de la Belgique ou du Japon récemment. Le problème du financement de la dépendance est indéniable. Parce que la plupart de ces systèmes reposent sur deux caractéristiques qui sont un régime par répartition, incompatible avec un risque comme la dépendance, qui est un risque de très long terme et qui croît fortement avec le vieillissement ; et souvent ils prennent en charge des dépendances très partielles, avec des définitions peu robustes de la dépendance. Et qu'on prenne le système allemand, avec les derniers chiffres du nombre de personnes dépendantes, ou l'APA, avec les derniers chiffres des personnes qui bénéficient d'une

rente en GIR 4, on voit que ce qui coûte relativement cher aux États, c'est la prise en charge de cette dépendance partielle ; avec un risque qui n'est pas maîtrisé parce que sa définition n'est pas robuste. C'est pourquoi le financement de la dépendance ne peut être réglé que par un dispositif mixte public-privé. Cela ne revient pas à mettre en cause la solidarité nationale. Mais il faut absolument un développement du marché privé assurantiel pour essayer de solvabiliser les Français. Après, se pose la question : comment ouvrir un accès le plus large possible à l'ensemble des Français ? Est-ce par des incitations, un système obligatoire ? Il faut effectivement couvrir majoritairement les Français, notamment les plus modestes qui doivent être solvabilisés de façon urgente.

**Rose-Marie Van Lerberghe :** Finalement, aujourd'hui les gens qui sont très pauvres trouvent des solutions : c'est l'aide sociale. Ceux qui sont riches par définition ont des solutions. Et le gros problème, c'est la classe moyenne. Dans nos établissements, c'est très net. Nos directeurs de maisons de retraite sont de plus en plus confrontés à ce problème.

**Brigitte Dormont :** Une question importante est celle des ordres de grandeur. On est d'accord, il y a un problème de financement de la dépendance et il faut se préoccuper de mettre en place une couverture pour le cinquième risque. Définir un mécanisme de prélèvement obligatoire me semble plus en faveur de l'équité, parce que le risque est grand, dans le cas de souscriptions facultatives, que les bas revenus ne cotisent pas. On peut prévoir que le phénomène de la dépendance va augmenter quantitativement. Sa prise en charge a un poids financier spécifique lié au fait qu'il s'agit de services à la personne, pour lesquels il est préférable de ne pas faire de gains de productivité (hormis ceux que l'on peut réaliser grâce à une meilleure organisation). En effet, pour ce type de service, gain de productivité signifie en général moins de présence auprès de la personne et donc baisse de la qualité du service rendu. Le poids de la prise en charge de la dépendance va vraisemblablement augmenter à long terme à cause de cette absence de gains de productivité. Mais on atteindra probablement

3 points de PIB au maximum à l'horizon 2050. Dans la même période, l'augmentation du poids des dépenses de santé sera vraisemblablement du double ou du triple.

**Esprit - Risques :** C'est peut-être justement parce que ce n'est pas une catastrophe, ce n'est pas un mur d'argent infini qui est devant nous, qu'on peut poser le problème en termes assuranciers et soulager la dépense publique.

**Martin Vial :** Au plan macroéconomique, la prise en charge de la dépendance représente en effet environ 1 % du PIB aujourd'hui en France, davantage en Allemagne et presque deux fois plus dans les pays scandinaves ou aux États-Unis. On peut dire que ce n'est pas beaucoup. En même temps, ce n'est pas négligeable parce que précisément une part très importante de ce secteur n'est pas structurée sur le plan du financement, et surtout son évolution n'est pas planifiée. L'une des raisons pour lesquelles ce risque est déficitaire au Japon ou en Allemagne, c'est l'augmentation tendancielle de la dépense avec un système tout de même relativement jeune (sauf au Japon où ils s'y sont pris un peu plus tôt qu'en Europe de l'Ouest). Dans les vingt-cinq ans qui viennent, les prévisions faites en France évaluent le coût de la prise en charge de la dépendance à 2-2,5 % du PIB. De mon point de vue, ça sera sans doute plus, parce que s'agissant du contenu des services, l'apport des nouvelles technologies va générer au départ un niveau de dépenses supplémentaires. En tous cas, il va falloir doubler à peu près, en points de PIB, ce qui est dépensé aujourd'hui. Aujourd'hui, on ne sait pas comment organiser ce financement. La question des modalités de financement apparaît donc essentielle. Car si on maintient un système où, aujourd'hui, on a une dépense totale de 24-25 milliards d'euros sur la dépendance, dont 17 sont des dépenses publiques assurées par la Sécurité sociale, l'APA, plus un certain nombre de financements à la fois locaux et étatiques, il reste quand même une part qui va être croissante. La question se pose donc de la part de la solidarité, indispensable pour avoir ce socle, et de la part assurancière (où l'on peut aussi avoir

différentes modalités de financement, d'ailleurs copiées sur les systèmes des retraites, avec des échelons complémentaires ou sur-complémentaires). C'est un débat. La deuxième question, sur la productivité, est quand même un point essentiel. En effet, si on considère la prise en charge de la dépendance via les services à domicile (en dehors évidemment des cas de grande dépendance qui nécessitent la prise en charge dans des établissements spécialisés), dès qu'on est sur des handicaps relativement limités, le coût du maintien à domicile est beaucoup moins élevé. On est dans un rapport de 1 à 2 à peu près en Europe de l'Ouest, et de 1 à 4 aux États-Unis compte tenu du coût des structures spécialisées américaines. On peut donc optimiser le système de gestion. L'apport des nouvelles technologies va permettre de sécuriser et d'avoir une meilleure combinaison entre la présence humaine et la sécurisation à distance, notamment avec la surveillance par des mécanismes de télémonitoring qu'on met en place d'ores et déjà.

**Jérôme Kullmann :** Une garantie obligatoire me semble aussi la solution préférable. Nombre de personnes y sont hostiles au motif que cela constituerait un nouveau prélèvement obligatoire. Pourtant, cela n'a rien à voir. 77 % des Français ont souscrit une assurance multirisque habitation qui protège la télévision, la moquette, l'électroménager... Pour la garantie des accidents de la vie, on arrive maintenant je crois à 12 % à peu près de souscriptions. Ce qui veut dire, quand on voit juste ces deux contrats d'assurance facultatifs, que le Français moyen protège sa moquette mais pas ses enfants, grosso modo, contre les accidents domestiques ! En 1982 on a instauré une assurance catastrophes naturelles, sous forme de garantie obligatoire qui se fixe automatiquement sur le contrat socle de dommages aux biens. On a une assurance multirisque habitation qui garantit son appartement – risque incendie, vol, dégât des eaux. Eh bien, automatiquement on y intègre le risque de catastrophes naturelles ; et maintenant, on a aussi, selon le même procédé, les catastrophes technologiques et le terrorisme. Ce sont des garanties obligatoires. Cela n'a pas provoqué une révolte anti-fiscale. Et cela marche remarquablement bien. Le

contentieux en catastrophes naturelles, depuis plus de vingt-cinq ans, c'est huit arrêts de la Cour de cassation sur des broutilles. Pourquoi ne pas ajouter une garantie dépendance, qu'on pourrait rendre obligatoire par inclusion, soit dans tous les contrats d'assurance sur la vie (Dieu sait qu'il y en a), soit dans les contrats multirisque habitation ? Mais nous ne disposons pas de la moindre étude sur un tel scénario.

**Lucie Taleyson :** Les contrats d'assurance dépendance existent depuis vingt-cinq ans et 3 millions de personnes sont assurées à l'heure actuelle en France. C'est le premier marché au monde quand on le ramène à la population globale. L'autre grand marché, ce sont les États-Unis avec 7 à 8 millions, mais pour une population cinq fois plus nombreuse. En France, les produits proposés sont des produits très simples – une rente forfaitaire – et ils sont robustes techniquement ; c'est là une comparaison par rapport au marché américain, qui propose plutôt des produits de remboursement de soins, des garanties de prestation, et les assureurs ont eu une très mauvaise expérience car il est relativement difficile de garantir des soins à un horizon très lointain. Les produits proposés en France sont en outre extrêmement flexibles. Les assurés ont en effet la possibilité, ou du moins leur famille, de choisir, au moment du sinistre, de recevoir l'indemnisation en espèces, ou de la convertir en tout ou en partie en services. En Allemagne, ils ont le choix entre les deux solutions dans le système public, mais s'ils optent pour la prestation en espèces, ils ne bénéficient que de la moitié de l'indemnisation par rapport à une prestation en nature. Néanmoins, les deux tiers des personnes préfèrent l'espèce, parce qu'elle leur permet de rémunérer sans doute de l'aide informelle.

Il faut aussi dire un mot justement de l'aide informelle. Le coût de la dépendance – 1 point de PIB actuellement, jusqu'à 3 points à l'horizon 2050 – n'est pas négligeable. Le système actuel de prise en charge, comme on l'a dit, ne couvre pas tous les besoins, et surtout ne tient pas compte de l'aide informelle. Mais l'aide informelle, c'est un poids colossal qui est rarement quantifié. On estime que,

dans l'aide que les dépendants perçoivent, notamment dans les cas de dépendances les plus lourdes à domicile, deux tiers viendraient de l'aide informelle. Une étude récente en Suède (qui pourtant a un des systèmes les plus généreux) montre que les deux tiers de l'aide à domicile relève de l'aide informelle, c'est-à-dire concrètement qu'elle repose sur les femmes. Dans un pays qui essaie vraiment de gommer les discriminations, et notamment les inégalités entre hommes et femmes, cela a provoqué chez les Suédois une réflexion sur l'amélioration de leur propre système. En France, c'est exactement la même chose. On se rend compte que, pour une dépendance lourde, l'APA octroie environ 65 heures par mois, soit le tiers du besoin estimé à domicile, c'est-à-dire environ 200 heures.

Comment faciliter la tâche de tous ces aidants, qui sont en fait le plus souvent les membres de la famille et particulièrement les femmes, qui peuvent se trouver dans une situation assez pénible et cauchemardesque, avec des impacts sur la vie professionnelle ? L'aide aux aidants développée par des assureurs est une première réponse à ces situations difficiles.

**Esprit - Risques :** On touche à une sorte de paradoxe en ce qui concerne la réorganisation des relations familiales autour de ces questions de dépendance. Comme on l'a dit, on observe une sorte de retour du discours sur le conflit des générations, mais transposé sur le grand âge. C'est-à-dire que les actifs ont un discours assez véhément contre le vieillissement, « ces vieux qui vont peser sur nos épaules ». En même temps, si d'un point de vue rhétorique on a cette situation de conflit, au sein des relations familiales, on est frappé par l'ampleur de l'aide, qui reste privée, peu affichée, presque invisible : tout l'investissement des femmes qui prennent en charge leur mère, leur belle-mère, qui abandonnent un peu le travail, etc. Comment comprendre cette double attitude : un discours véhément dans la généralité mais une solidarité qui est réelle dans les arrangements familiaux ?

**Brigitte Dormont :** En réalité je ne pense pas qu'il y ait de conflit de générations. Il y a bien une rhétorique très active, mais dont il faudrait analyser

l'origine et examiner si elle reflète ou non l'état de l'opinion publique. Les actifs se considèrent-ils comme une catégorie aux intérêts opposés à ceux des seniors ? Ou bien s'identifient-ils comme futurs inactifs ? Cette rhétorique du conflit de générations est instrumentalisée par les tenants du refus de toute augmentation des prélèvements obligatoires. C'est sans doute une clé d'explication, qui joue pour les dépenses de santé, pour les réformes de la retraite, etc. Pour justifier les changements de paramètres des systèmes de retraite, pour prendre cet exemple, on explique que le maintien du statu quo conduirait, à cause de l'évolution démographique, à une ponction des revenus des actifs dans des proportions insupportables. Or, aucun débat n'a été organisé sur les préférences collectives des français – plus de prélèvements obligatoires pour maintenir le niveau des retraites ou l'acceptation d'une érosion des retraites ? L'hypothèse implicite était qu'il ne fallait pas augmenter les prélèvements obligatoires. Pourtant, quand on regarde les transferts intrafamiliaux, on remarque bien une solidarité entre générations. Donc l'acceptation du fait qu'il faut mettre un peu la main à la poche pour que les personnes âgées continuent à avoir un niveau de vie correct.

Aux États-Unis, en ce qui concerne les soins de long terme, la réflexion s'organise autour de l'idée que d'aide publique ne doit pas décourager l'aide informelle. En France, l'approche est – heureusement – différente : l'orientation retenue est qu'il faut développer une offre suffisante pour les soins de long terme, afin que l'entourage de la personne dépendante ne soit pas entièrement accaparé par les soins et d'éviter que les femmes se retirent du marché du travail.

**Rose-Marie Van Lerberghe :** L'État providence n'assèche pas les transferts privés. Une étude réalisée dans plusieurs pays montre que, loin de l'intuition qu'on pourrait avoir que plus l'aide publique est importante et plus l'aide familiale se réduit, c'est l'inverse qui se produit. Notamment en Suède, où l'aide publique est très importante.

**Jérôme Kullmann :** Cependant, si les conflits semblent limités en ce qui concerne la relation

parents-enfants, on observe des tensions plus fortes au niveau des fratries... Les juristes voient revenir, à leur grande surprise, l'usage d'une disposition qui était complètement tombée en désuétude sur la révocation des donations « pour ingratitude ». Des parents se rendent compte, dans leur grand âge, que leurs enfants ne s'occupent pas d'eux de la même façon. Et s'ils ont fait par exemple une donation-partage, ils vont revenir dessus au nom de l'ingratitude d'un des enfants (le délai pour engager une telle action étant cependant très bref). Mais nos règles successorales en France, mise à part l'assurance vie, sont telles qu'on ne peut pas déshériter un enfant. Aux États-Unis, c'est l'inverse : un enfant n'a droit à rien, c'est le point de départ. Si les parents le veulent, ils vont léguer quelque chose. En France, les enfants ont droit à leur part légale et les parents ne peuvent pas les déshériter totalement. Les juristes, les avocats de quartier voient des gens qui souhaitent contourner cette égalité de principe. Le conflit se retrouve là entre les frères et sœurs. On ne connaissait pas ça il y a vingt ans ou même dix ans.

**Rose-Marie Van Lerberghe :** Nous le voyons également dans nos maisons de retraite médicalisées, où l'on considère que les familles apportent un tiers en complément des revenus des résidents. Et c'est vrai qu'on a souvent affaire à des distorsions d'attitude des enfants. Et c'est un sujet qui se retrouve de manière encore plus dramatique au moment des décisions de fin de vie. Les directives anticipées des parents ne règlent pas tout, loin s'en faut, car la perte de lucidité n'est pas un seuil très clair, on le voit bien avec la maladie d'Alzheimer. Il arrive aussi que ce soit l'enfant qui s'occupe le plus de ses parents qui soit l'objet de plus d'agressivité, tandis que celui qui reste loin est paré de toutes les vertus. Tout cela fait remonter les histoires familiales, les conflits anciens et des sentiments de culpabilité. Les aidants familiaux, notamment, aident le mieux qu'ils peuvent, le plus longtemps possible, mais à un moment ils n'en peuvent plus. Ils s'aperçoivent que finalement les professionnels, ayant plus de recul d'ailleurs, s'en sortent mieux. Du coup, la culpabilité se mêle à une agressivité vis-à-vis des personnels qui s'occupent de leurs

parents. Ce sont aussi des questions très complexes. D'où l'importance de la formation et des compétences nécessaires dans ces domaines. Dans le monde du maintien à domicile ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, il y a vraiment besoin d'un professionnalisme. Il ne faut pas croire qu'on peut envoyer les gens sans emploi et que ça va bien se passer. Ce n'est pas vrai, il faut de vraies compétences, mais qui ne sont pas que du sanitaire.

**Martin Vial :** S'agissant du maintien à domicile, on en est encore au tout début pour la qualité des services qui sont rendus à domicile. La filière professionnelle n'est pas organisée, ce qui doit passer par un effort massif de formation et de qualification. Cela va d'ailleurs renchérir objectivement le coût, c'est incontestable. Deuxièmement, le maintien à domicile passe aussi par l'introduction des nouvelles technologies. Aujourd'hui, pour des besoins basiques de monitoring des paramètres de santé d'une personne isolée, la plupart des acteurs n'utilisent pas les technologies existantes. Nous testons en Italie tous les étés, pour le compte d'une municipalité du nord de l'Italie, un bracelet électronique – très simple, qui permet de surveiller le pouls, la tension, l'oxymétrie, enfin des éléments qui sont aujourd'hui devenus tout à fait basiques – relié à notre plate-forme médicale à Milan. Et en cas de dérive par rapport aux paramètres, on déclenche des alertes, des secours médicaux ou infirmiers. Ce sont des choses très simples, mais qui malgré tout ne sont pas encore répandues s'agissant des soins à domicile.

Un investissement important est nécessaire en termes de qualification, de formation – et au passage d'organisation d'une filière, parce qu'il faut permettre aussi à ces personnels soit de progresser, soit de sortir de la filière. Le débat sur le cinquième risque (ou la cinquième branche) ce n'est pas seulement la question du financement, mais aussi de l'organisation du secteur. Et on est dans un domaine où la coopération entre le secteur public et le secteur privé (j'y inclus aussi le secteur associatif), qui existe déjà, ira en grandissant. Car le secteur public est capable d'une part d'apporter du financement en partie, et d'autre part de gérer un certain nombre de besoins collectifs ;

les acteurs privés, de leur côté, sont des vecteurs incontestables à la fois d'innovation, de contrôle de qualité, de qualification ; et tout simplement, pour les entreprises comme la nôtre, ça fait partie de nos gènes depuis le début. C'est bien l'articulation de cet ensemble qui est l'enjeu.

**Esprit - Risques :** Comment fait-on pour former quelqu'un ? Faut-il un diplôme, et quel est le profil : des personnes jeunes ou âgées ?

**Rose-Marie Van Lerberghe :** Il y a quinze ans, les maisons de retraite recevaient des gens qui étaient en bonne santé. Il n'y avait donc pas besoin de qualification particulière pour s'en occuper. Progressivement, cette population a changé. Aujourd'hui, 55 % des personnes sont en fauteuil roulant, 70 % d'entre elles présentent des troubles du comportement (dont une grande partie Alzheimer plus ou moins diagnostiquée). On compte en moyenne 6,3 pathologies par personne reçue. Toute une génération de femmes, qui étaient de simples femmes de ménage au départ, ont été amenées à progresser dans leurs compétences. Nous travaillons donc beaucoup sur la validation des acquis et de l'expérience. Désormais, compte tenu de la médicalisation, nous devons recruter des aides-soignantes, c'est-à-dire des personnes qui sont titulaires d'un diplôme. Malheureusement, ce diplôme ne garantit pas forcément les compétences et encore moins l'appétence pour s'occuper de personnes âgées, ce qui suppose des qualités particulières d'empathie, des capacités pour comprendre la communication non verbale, prendre en compte l'histoire familiale... Pour une aide-soignante, la formation est d'un an. C'est un problème particulier dans notre pays, où ces métiers sont calés sur la fonction publique, qui met en relation étroite la rémunération avec le niveau de diplôme de formation initiale. Aujourd'hui, l'aide-soignante c'est niveau 5. Et niveau 5, c'est à peine plus que le smic. Or, pour les payer mieux, ce qui me semble indispensable, il faudrait passer au niveau 4 en termes de diplômes. C'est absolument déraisonnable de faire ainsi toujours la confusion entre le niveau de formation initiale et les compétences. Actuellement, je suis en train d'essayer de monter un projet de

partenariat avec le Pôle emploi et la Croix rouge pour aller chercher des gens plus loin de l'emploi, et les recruter justement sur leur goût, ou leurs habitudes culturelles, de s'occuper des personnes âgées. Nous allons les préqualifier pour ensuite, en partenariat avec le Pôle emploi et la Croix rouge, leur faire passer le concours. Je préfère aller chercher des gens qui trouveront un intérêt à s'occuper des personnes âgées afin de leur donner une formation d'aide-soignante. Ceci qui nous ramène à la question des carrières. Parce que si vous raisonnez en termes de gestion des ressources humaines, vous attirerez des gens en leur ouvrant des perspectives de carrière. L'aide-soignante, quand elle aura un certain niveau, va en former d'autres, et elle pourra devenir peut-être infirmière, etc. C'est-à-dire qu'on peut imaginer des filières. C'est à ce prix-là qu'on évitera la pénurie de recrutement. Aujourd'hui, on a 20 % de turnover des aides-soignantes dans nos maisons. La maltraitance, dont on parle beaucoup dans les journaux, ce n'est pas de la méchanceté. C'est généralement dû au manque de qualification et de formation. Et il faut vraiment s'en occuper pour développer la bientraitance. C'est pour ça d'ailleurs que la question du financement est très importante. Aujourd'hui, il faudrait davantage de personnel. On parle toujours du ratio. Il y avait le plan « grand âge » qui prévoyait que, pour les gens atteints d'Alzheimer, il faudrait 1 personnel pour 1 personne. On est très loin de ce ratio, puisque aujourd'hui c'est plutôt moins de 0,5 (comparé à 4 par lit à l'hôpital).

**Martin Vial :** On revient aux questions de solidarité générationnelle. Si on considère en effet que cette fin de vie est improductive, et donc les moyens qu'on y consacre sont limités, si on ne prévoit pas l'avenir en termes de financement (une fois encore, la vraie voie c'est un financement mixte public-privé), on aura toujours à traiter des problèmes de pénurie de personnel, de mauvaise qualification, d'absence de carrière professionnelle et d'absence d'attractivité. C'est un cercle vicieux.

**Rose-Marie Van Lerberghe :** Il existe aussi un obstacle de nature culturelle : trop nombreuses sont

encore les personnes qui considèrent, à l'hôpital et en maison de retraite, que la prise en charge de leurs proches est moins bonne parce qu'elle est confiée à des Antillaises ou à des Marocaines. C'est vrai dans le public comme dans le privé. Sans s'apercevoir d'ailleurs que lesdites Antillaises ou Marocaines ont souvent culturellement beaucoup plus de facilité à s'occuper des personnes âgées et qu'on ne devrait pas s'en plaindre. On entend souvent dire : s'il y a pénurie, on fera appel à l'immigration. Faire appel à des immigrés pour maintenir les salaires bas, c'est assez choquant. Le problème est plutôt de reconnaître, y compris financièrement, des compétences qui ne soient pas forcément liées à ces fameux niveaux 5, niveaux 4, etc., au sens de l'Éducation nationale.

Quand j'étais à l'AP-HP, c'était au pire moment de la pénurie d'infirmières (après les 35 heures, etc.). Ces pénuries se concentraient sur les établissements gériatriques. J'avais, au terme d'essais multiples et variés, imposé aux gens pour qui l'AP avait payé la formation (on appelait ça la promotion professionnelle) de servir pendant deux ans et demi, dans le cadre de leur obligation, en gériatrie. Levée de boucliers. On a essayé de mettre en place une certification particulière, pour définir ce qu'étaient ces compétences acquises en gériatrie et qui sont utilisables dans tout l'hôpital public. On l'a fait, mais une fois qu'on l'a mis en place, dans le système public il n'y avait aucun moyen de le reconnaître – parce qu'il aurait fallu faire admettre qu'il y ait des primes particulières, etc. Dans le partenariat public-privé, il devra y avoir un chapitre spécial sur la gestion des ressources humaines, le privé pouvant effectivement, plus facilement que le public, arriver à reconnaître ces compétences et ces parcours particuliers.

**Martin Vial :** Des expériences intéressantes ont été faites par le National Health Service en Angleterre, pour qualifier les aidants à domicile professionnels sur des compétences médicales très basiques comme être en mesure de déceler préventivement, chez des personnes âgées qu'ils assistent, des comportements pathologiques liés à la tension, pour pouvoir alerter les plates-formes régionales afin de déclencher un

acte médical. Le NHS déclare avoir économisé 300 millions de livres de coûts d'hospitalisation. Il s'agit typiquement d'une qualification médicale basique, mais qui permet grâce à la proximité de la personne qu'on assiste, de réaliser ces actes préventifs et d'éviter l'hospitalisation.

**Esprit - Risques :** On voit bien, dans ces problèmes de vieillissement, qu'il s'agit de mettre en place une nouvelle économie de services, de nouveaux modes de partenariat, de la formation et des modes de financement. Que faut-il faire en premier, quelle est la priorité des priorités ?

**Martin Vial :** Que les décisions soient prises le plus rapidement possible sur le cinquième risque. Toute année qu'on perd dans ce domaine est une année d'efficacité en moins, à la fois sur le plan du financement et sur le plan des services.

**Brigitte Dormont :** Nous avons beaucoup parlé de coûts et peu de bien-être. Il importe néanmoins de valoriser, y compris en unités monétaires, les gains en bien-être associés à cet investissement dans l'accompagnement des personnes dépendantes ou les dépenses de santé. Si on construit une réflexion économique qui permet de valoriser, d'évaluer en points de PIB les gains en santé, les gains en bien-être liés au fait de financer correctement le cinquième risque ou de couvrir les dépenses de santé, on peut aboutir à une appréciation différente du poids des prélèvements obligatoires. Et emporter une adhésion collective autour des dépenses de santé. Par exemple, il y a des évaluations réalisées par des économistes américains sur les soins aigus qui montrent que les gains en santé et en longévité obtenus grâce aux dépenses de santé dépassent très largement leur coût. Plus précisément, ils obtiennent, sur la période 1970-2000, un gain en bien-être équivalent à 32 % du PIB chaque année pour les États-Unis à comparer avec une dépense annuelle de santé qui se monte à 15 % de PIB. Il est important de préciser que ce type d'évaluation ne s'arrête pas à la valeur marchande du travail productif qui peut être réalisé par les individus, mais cherche à

mesurer la valeur attachée à la vie, à la survie d'une personne humaine, même diminuée, avec laquelle on a une relation affective, etc. C'est cela qui est pris en compte dans ce type d'évaluation économique.

**Jérôme Kullmann :** L'assurance n'est pas du tout un prélèvement obligatoire. C'est un contrat, ce qui veut dire qu'on voit tout de suite, parce que c'est inscrit dans un écrit, quelle sera la contrepartie. Mieux vaudrait un système de garantie obligatoire dans un socle – multirisque habitation, contrat d'assurance vie. On a le choix sur les modalités, mais encore faudrait-il disposer d'études et de débats contradictoires sur ces modalités, qui sont multiples.

**Lucie Taleyson :** En termes d'urgence, je pense qu'il est impérieux de mettre en place un partenariat public-privé pour solvabiliser la majorité des Français, surtout les plus modestes, pour les situations de dépendance les plus lourdes, là où c'est le plus coûteux. Alors, pour mettre en place et inciter fortement si ce n'est pas obligatoire, il faudrait des mesures efficaces.

À Singapour, l'État a financé une partie des cotisations d'assurance, notamment pour les personnes les plus âgées, afin de limiter les discriminations liées à l'âge, puisque les cotisations croissent avec l'âge. Des campagnes de communication et de sensibilisation extrêmement fortes ont été réalisées afin que les gens aient conscience du risque, du coût, et soient donc fortement incités à souscrire ces produits de prévoyance. Ils ont d'ailleurs mis en place un partenariat public-privé avec le ministère de la Santé qui a défini un appel d'offres, un cahier des charges. Et le risque est porté par des assureurs qui ont l'expérience et l'expertise. C'est donc un système quasi obligatoire avec de fortes incitations. Et on se rend compte que pour les dernières générations, c'est 85 % de la population qui est couverte. C'est le seul système, à l'heure actuelle, qui soit pérenne financièrement. L'urgence reste donc de mettre en place un partenariat public-privé pour solvabiliser le

plus grand nombre de Français. Le développement du marché privé accélèrera la croissance du marché des services à la personne et s'accompagnera d'innovations en termes de services et de prévention.

**Rose-Marie Van Lerberghe :** Dans le projet de loi HPST, il y a une réforme tout à fait importante, qui est la mise en place des agences régionales de santé, justement destinées à éviter cette coupure entre le sanitaire et le médico-social. Je pense que c'est très important, parce qu'aujourd'hui le vrai sujet c'est

l'amont et l'aval de l'hôpital. Je souhaite donc que tout cela se mette en place rapidement et qu'on ne passe pas trois ans à des discussions compliquées avec les syndicats divers et variés des différents services qui ont été rapprochés. C'est-à-dire qu'on ne tarde pas trop pour la mise en place de tout cela et que très rapidement les résultats se fassent sentir. Parce que je pense que c'est un concept intéressant, qui risque malheureusement d'être un peu abîmé par la lourdeur des mécanismes de rapprochement des différents services.

# T ABLE RONDE

## LES RÉACTIONS

*Philippe Marini*

*Sénateur de l'Oise*

*Rapporteur général de la commission des Finances*

Les intervenants à cette table ronde ont bien mis en évidence les différents enjeux liés au vieillissement de la population et la prise en charge de la dépendance. Beaucoup ont prôné la mise en place d'un « partenariat public-privé », qui constitue l'une des propositions de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque <sup>1</sup>. Je voudrais donc rappeler le schéma d'ensemble proposé par la mission sénatoriale en matière de financement de ce risque et préciser cette notion de « partenariat public-privé ».

La mission commune d'information s'est attachée, en premier lieu, à décrire le paysage de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées en France et à expliquer pour quels motifs le statu quo n'est pas tenable à terme.

La création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), au début de la décennie, a été un succès. Elle a permis de solvabiliser une demande forte de nos concitoyens. L'intervention de cette prestation dès un stade de dépendance modérée (Gir 4 <sup>2</sup>) joue un rôle déterminant dans la prévention et le ralentissement du processus d'évolution vers des stades de dépendance plus élevés.

L'effort de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) a également été tout à fait remarquable et permet une comparaison favorable à la France avec

ses voisins européens, même si l'insuffisance de places en Ehpad n'est pas contestable.

Parallèlement, la dépense publique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie a suivi une courbe extrêmement dynamique, avec des taux de croissance de l'ordre de 8 % par an pour l'APA et de 9 % pour l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) dans le domaine médico-social. La dépense publique approche ainsi la vingtaine de milliards d'euros, soit un peu plus de 1 % du produit intérieur brut (PIB), ce qui est loin d'être négligeable.

Pourtant, en dépit de cet accroissement significatif de l'effort de solidarité, les bénéficiaires et leurs familles expriment de plus en plus souvent leur désarroi : les plans d'aide à domicile sont fréquemment saturés pour certaines catégories de personnes, tandis que le reste à charge en établissement peut atteindre plusieurs centaines d'euros par mois. Un effort supplémentaire est ainsi demandé à la collectivité, l'attente de nos concitoyens étant incontestablement forte en ce domaine.

Ceci nous amène très naturellement à poser la question de la soutenabilité de la dépense publique – réflexion rendue encore plus nécessaire par la dégradation de nos finances publiques du fait de la crise économique et financière actuelle. D'un côté, le nombre des plus de 85 ans va croître de moitié d'ici à 2015, passant de 1,3 million de personnes à 2 millions ; au répit des années 2015-2030 succédera

l'arrivée au grand âge des générations du baby-boom, entraînant un doublement de la population des plus de 75 ans. De l'autre, les déficits accumulés, le poids déjà lourd des prélèvements obligatoires et la montée prévisible des dépenses de maladie et de retraite imposent de procéder à des arbitrages. Ces sujets de préoccupation ne sont pas propres à la France, comme l'ont souligné plusieurs intervenants, et j'ai pu constater, lors d'un récent déplacement au Japon, combien cette question du mode de financement de la prise en charge de la dépendance y était perçue comme essentielle.

À ce sujet, un consensus existe pour estimer que le maintien légitime, voire le renforcement d'un socle élevé de solidarité suppose également une meilleure prise en considération des capacités contributives de chacun, ainsi que des efforts sensibles de gestion et de rationalisation du fonctionnement du secteur médico-social. La mission commune d'information du Sénat l'a très clairement affirmé.

Partant de ce principe, elle propose plusieurs séries de réflexion. Je voudrais ici me concentrer sur les propositions relatives à la mise en place d'un partenariat public-privé et au rôle de l'assurance, qui ont fait l'objet de remarques de plusieurs participants à la table ronde.

Il convient toutefois de préciser que la mission a mis en avant la nécessité d'améliorer, à titre liminaire, l'outil d'évaluation de la dépendance – la grille Aggir. En effet, celle-ci ne prend pas suffisamment en compte les maladies neurodégénératives et elle peut donner des résultats sensiblement différents selon les professionnels qui l'utilisent. Un bon connaisseur du mécanisme peut facilement faire basculer en GIR 4 une personne qu'une autre équipe d'évaluation aurait classée en GIR 5. Ce dossier peut et doit aboutir dans un délai rapproché. La mise en place d'un outil d'évaluation fiable est un impératif absolu.

Ce préalable posé, la mission s'est interrogée sur le champ de la solidarité. Afin de dégager les moyens nouveaux permettant le financement de dépenses destinées à améliorer la prise en charge des personnes

âgées dépendantes qui en ont le plus besoin et à soulager leurs familles ainsi que leurs proches, elle a jugé nécessaire de mieux prendre en compte, à l'avenir, le patrimoine des personnes concernées, et ce au moment de l'octroi des prestations publiques. Ce point n'a pas fait l'objet de développements spécifiques lors de la table ronde, mais il constitue un élément essentiel pour l'équité de notre système de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Selon la mission commune d'information du Sénat, cette appréciation du patrimoine doit s'effectuer dans un cadre permettant de garantir le principe de libre choix des personnes. Elle ne doit pas non plus remettre en cause le caractère universel de l'APA.

Pour ces raisons, la mission a exclu le rétablissement d'un mécanisme de recours sur succession, qui s'imposait autrefois aux bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance, ancêtre de l'APA. En revanche, elle prône l'instauration d'un mécanisme de prise de gage sur patrimoine, qui respecterait la liberté de choix des demandeurs d'APA. Au moment de leur entrée en dépendance, ceux-ci pourraient ainsi opter soit pour une allocation à taux plein, soit pour une allocation diminuée de moitié. Dans le premier cas, le département pourrait effectuer une prise de gage anticipée sur le patrimoine du bénéficiaire, pour la fraction de l'actif successoral excédant un certain montant. La prise de gage serait elle-même partielle et ne concernerait qu'une faible part de la succession à venir. Si le bénéficiaire acceptait d'emblée une APA diminuée de moitié, aucune mesure conservatoire touchant son patrimoine ne serait prise. Bien évidemment, cette mesure ne vaudrait que pour l'avenir et ne concernerait donc pas les actuels bénéficiaires de cette prestation.

La question principale touchant ce mécanisme est celle des seuils, tout particulièrement celui du niveau de patrimoine, qui devrait être fixé de façon à ne solliciter que les patrimoines les plus élevés. En fixant le seuil de la franchise à 150 000 euros, 44 % des bénéficiaires de l'APA seraient concernés par la mesure de prise de gage ; à 175 000 euros, 39 % ; et à 200 000 euros, 36 %. La mission commune d'information du Sénat, dans sa majorité et en première

analyse, évalue environ au tiers la proportion de patrimoines qui devraient être concernés par cette mesure : les deux tiers ne seraient pas donc touchés par le dispositif et les détenteurs du tiers restant devraient opter pour l'APA à 50 % ou la prise de gage.

Quant au montant de cette dernière, il ne devrait pas être confiscatoire. Le montant maximal retenu pourrait ainsi se situer à 20 000 euros, ce qui correspond approximativement au montant moyen d'APA versé par personne.

Ce mécanisme présente donc plusieurs avantages : il ne s'apparente pas à la récupération sur succession, dès lors qu'il résulte d'un choix clair et ex ante du bénéficiaire, et il ne remet pas en cause le caractère universel de l'APA ; il présente un intérêt budgétaire certain – 800 millions d'euros en 2012 et 1,1 milliard d'euros à compter de 2013, en régime de croisière –, qui permettrait de rendre notre système plus soutenable et d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, par exemple par le biais d'un relèvement ciblé des plafonds d'aides pour les personnes isolées ou atteintes de maladies neuro-dégénératives prises en charge à domicile ; enfin, il constituerait également une incitation, sur le long terme, à la souscription de produits d'épargne ou de prévoyance en matière de dépendance, ce qui est particulièrement important dans une logique économique engagée sur longue période.

La mission commune d'information du Sénat considère en effet essentiel de développer la couverture assurancielle du risque dépendance, aux côtés du pilier public de prise en charge, dans le cadre d'un système mixte de financement de la dépendance.

Dans ce schéma, les produits d'assurance seraient appelés à intervenir au sein même du socle de prestations essentielles, en étant combinés avec les ressources dégagées sur fonds publics. La clé de répartition entre couverture publique et couverture privée du risque aurait vocation à différer selon la situation des personnes, en fonction de deux critères principaux qui sont la capacité de financement du bénéficiaire

(mesurée à partir de son revenu mais aussi de son patrimoine) et son degré de dépendance évalué médicalement.

L'enjeu est alors de prévoir une articulation efficace entre les financeurs publics et les assureurs privés. En effet, il n'est pas possible de se contenter de renvoyer vers des couvertures assurancielles du risque dépendance ceux de nos compatriotes qui ont les moyens de mobiliser leur patrimoine et leur revenu sans organiser cette articulation.

Un tel schéma suppose un développement de la couverture assurancielle et requiert d'abord une meilleure information du public concernant les enjeux de la dépendance. Ceci implique également une réelle lisibilité et une meilleure comparabilité des produits d'épargne et de prévoyance offerts sur le marché.

La mission propose ensuite d'aménager certains produits existants, susceptibles d'être utilisés par une clientèle qui ne penserait pas spontanément à se couvrir contre le risque de dépendance :

- il s'agit d'abord de permettre la déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance sur un contrat d'épargne retraite, dans les mêmes conditions que les cotisations de base aux régimes d'épargne retraite ;

- en outre, il faudra prévoir la possibilité de convertir les contrats d'assurance vie en contrats dépendance, sans que cette transformation soit considérée comme une novation fiscale, c'est-à-dire sans coût ni pénalité pour l'assuré.

Ces mesures pourraient avoir un impact limité ou nul pour les finances publiques, grâce à la mobilisation des enveloppes existantes de déduction d'impôt.

Par ailleurs, la mission a ouvert un débat sur l'intérêt qu'il y aurait à élargir le périmètre des catégories de la population qu'il est souhaitable d'inciter à souscrire une assurance dépendance. Les

données fournies par le gouvernement révèlent qu'à l'échéance 2025-2030, c'est-à-dire à l'arrivée au grand âge des classes nombreuses du baby-boom, les mesures envisagées, notamment la prise de gage sur patrimoine, risquent de ne pas être tout à fait suffisantes pour préserver la capacité de financement de l'APA. Un meilleur recours au prêt viager hypothécaire pourrait être ainsi envisagé et la mission sénatoriale n'exclut pas de favoriser une diffusion plus large des contrats de prévoyance-risque.

Le développement de ce type de produits suppose toutefois de rendre les contrats plus lisibles et plus sûrs pour les assurés. Plusieurs actions apparaissent ainsi nécessaires :

- garantir une information claire des assurés sur les produits proposés sur le marché et les garanties offertes, ce qui implique, en particulier, de mettre en place une définition commune de la notion de dépendance, qui peut aujourd'hui varier d'un contrat à l'autre et qui ne recoupe pas nécessairement celle retenue pour le versement de l'APA. La mise en place d'un socle minimal commun pourrait aussi être étudiée. Le public devra également être pleinement conscient de la possibilité qu'aura l'assureur de réajuster le montant des cotisations en cas de dérive de la sinistralité ;

- en lien avec l'incertitude entourant le risque dépendance, se pose la question de la mise en place d'une table réglementaire d'incidence et de maintien en dépendance, comme il existe aujourd'hui une table réglementaire de mortalité en matière d'assurance vie. Actuellement, chaque assureur dispose de ses propres données mais ne les partage pas avec ses concurrents, les réassureurs bénéficiant, quant à eux, d'une vision plus transversale. La mission n'a pas tranché ce débat, les avis recueillis étant divergents. Elle considère cependant que bâtir un marché sain est impératif si l'on entend promouvoir et développer les produits d'assurance ;

- la troisième question essentielle est celle de la « portabilité » des droits acquis par les assurés. D'une part, il convient de supprimer toute incertitude et

de préciser qu'un salarié bénéficiant d'un contrat dépendance obligatoire de groupe jouit des mêmes garanties, en termes de droit de suite, que celles applicables en matière de complémentaire santé. Cette précision implique, en particulier, que la cotisation demandée par l'assureur à l'assuré ayant cessé involontairement son activité et qui a demandé le maintien de ses garanties ne puisse pas être majorée de plus de 50 % la première année.

D'autre part, la mission considère qu'il faudra régler le problème de la portabilité des droits acquis par l'assuré en cas de volonté de sa part de changer d'assureur, que l'on se place dans le cadre d'un contrat collectif ou d'un contrat individuel. Il s'agit d'une question complexe dans le cas de produits de prévoyance dépendance reposant sur un mécanisme de provisions pour risque croissant, mais il est impossible, s'agissant d'un risque demandant une couverture longue, d'accepter l'idée selon laquelle l'assuré serait « prisonnier » de son assureur et perdrait tout droit en cas de changement. Des valeurs de réduction devraient, à tout le moins, être prévues et généralisées.

On le voit, un travail très important doit être effectué pour mettre en place les conditions d'un marché sain, sans lesquelles tout développement d'une couverture assurancielles privée est illusoire.

Une fois cette tâche accomplie, la logique du financement mixte souhaité par la mission du Sénat repose sur une véritable mise en place d'une forme de partenariat public-privé en matière de prise en charge du risque dépendance. Les assureurs devraient ainsi assumer une part active dans l'ensemble du processus de prise en charge de la dépendance.

La mise en œuvre de ce système suppose que les autres orientations proposées par la mission, notamment en ce qui concerne l'information des assurés, soient engagées. Dans ces conditions, le partenariat aurait différentes implications.

Il suppose tout d'abord que les définitions de la dépendance soient communes, non seulement entre assureurs, mais aussi entre assureurs privés et évaluateurs publics. Ceci requiert une adaptation, voire une

refonte, de la grille Aggir, aujourd'hui trop vulnérable aux critiques et insuffisamment fiable, ainsi que la mise en place de modules nationaux de formation à l'utilisation de cet outil d'évaluation, conjoints à la sphère publique et à la sphère privée.

Dans ce cadre, le processus de reconnaissance de l'état de dépendance devrait être conjoint entre les administrations publiques et les assureurs privés, afin d'assurer aux personnes concernées un déclenchement commun des prestations offertes en cas de dépendance. Ceci pourrait passer, par exemple, par la mise en place d'équipes d'évaluation conjointes ou d'équipes labellisées.

On peut également penser qu'outre l'élaboration des référentiels communs d'évaluation des besoins et d'attribution de la prestation, le travail d'élaboration conjoint entre financeurs publics et privés pourrait porter :

- sur la définition des montants plafonds d'aide publique, dans la mesure où le niveau des cotisations demandées aux assurés dépendra du niveau public de garantie offert ;

- sur la définition d'une nomenclature des biens et services qui interviendront dans la définition du « noyau dur » des prestations indispensables.

Ces différentes propositions de la mission commune d'information permettent d'envisager un cadre cohérent pour mener une politique adaptée et financièrement soutenable de prise en charge de la dépendance des personnes âgées. On ne peut que souhaiter qu'elles trouvent une traduction législative rapide.

#### Notes

1. Ces propositions figurent au sein du rapport d'information n° 447 (2007-2008), disponible sur le site Internet du Sénat à l'adresse suivante : [www.senat.fr/noticerap/2007/r07-447-1-notice.html](http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-447-1-notice.html)

2. La grille Aggir (autonomie gérontologique groupes iso-ressources) est l'outil national d'évaluation de la dépendance et comprend six niveaux (groupes iso-ressources), classés de 6 (peu ou pas dépendant) à 1 (très dépendant).

## Jean-Louis Bianco

*Ancien ministre*

*Député et président du Conseil général des Alpes-de-Haute-Provence*

L'ensemble des experts qui se sont exprimés dans ce débat s'accordent, sous différents points de vue – social, économique, politique – pour considérer que si le vieillissement de la population constitue une formidable avancée pour nos sociétés, ses conséquences presque mécaniques en matière de dépendance font de la prise en charge d'un nombre croissant de personnes très âgées en perte d'autonomie un défi d'une ampleur inconnue jusqu'alors, qui ne peut que s'accroître rapidement.

Un assez large consensus existe aussi, dans notre pays, pour saluer les progrès accomplis depuis une dizaine d'années, dont la création de l'APA, sous l'égide du gouvernement Jospin, a représenté le point d'orgue : en effet, que serait l'ampleur de nos problèmes actuels si ce texte n'existait pas, surtout à l'aune du système qui le précédait, la prestation spécifique dépendance (PSD), beaucoup moins favorable et aujourd'hui tombée dans un légitime oubli !

De même, par la suite, deux dimensions organisationnelles sont venues heureusement donner corps à cette grande réforme.

D'abord, le rôle et la pertinence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont largement acceptés par les différentes parties (conseils généraux, professionnels, usagers et organisations syndicales) qui participent à sa gouvernance. Il est clair que si le fameux « cinquième risque » voit le jour, la CNSA a vocation à en être le pivot.

Ensuite, la loi créant l'APA a confié aux conseils généraux la gestion de la prestation. Depuis 2001, les départements ont fait globalement un travail efficace en mobilisant et en formant des équipes administratives et des équipes médico-sociales compétentes, en raccourcissant très sensiblement les délais de traitement des dossiers. Là encore, on peut légitimement s'interroger sur ce qu'aurait pu devenir le nouveau système sans cette implication pratique, au jour le jour.

Pourtant, chacun voit bien que les ambitions du législateur n'ont pas résisté aux tentations gestionnaires de la période et, ce qui me semble plus grave, à une pratique gouvernementale parfaitement antinomique avec un discours en apparence stable, dans la priorité affichée envers ces questions. On a beaucoup parlé des personnes âgées, aux personnes âgées, surtout pendant la dernière campagne présidentielle, mais très peu de ces reculs constants.

En effet, la gauche a créé l'APA en 2001 comme un premier pas, décisif, vers une cinquième branche. Ainsi, alors que la PSD renvoyait le financement de cette prestation à 100 % aux seuls conseils généraux, l'APA, elle, était censée être financée à 50/50 par l'État et les conseils généraux.

Or cette clé de partage a volé en éclats puisque, dès 2007, l'APA était financée aux trois quarts par les seuls départements, cette dérive majeure accentuant évidemment la fracture territoriale qui sépare les départements « pauvres et vieux » des départements « jeunes et riches ». Président le conseil général des

Alpes-de-Haute-Provence, j'ai pu concrètement en mesurer les effets pour une petite collectivité essentiellement rurale. Cette évolution tourne donc clairement le dos à la solidarité nationale, qui est la seule échelle pertinente pour assumer une telle politique : qui peut considérer comme normal que les jeunes des Alpes-de-Haute-Provence « paient » seuls pour les anciens sur ce territoire, à l'intérieur duquel se trouverait confinée une redistribution entre générations, dès lors illusoire ?

Outre ce recul fondamental, l'APA, malgré son apport essentiel, se révèle encore trop limitée pour permettre de rendre le maintien à domicile totalement effectif pour tous, qui correspond, très naturellement, à une attente croissante.

Comme le nombre de personnes âgées dépendantes va inéluctablement augmenter d'environ 1 à 2 % par an dans les prochaines années, il va bien falloir mieux prendre en compte les nouveaux besoins – à domicile pour permettre d'augmenter le volume d'aide, mais aussi en Ehpad pour contribuer à diminuer un « reste à charge » de plus en plus difficile à supporter par les intéressés et leurs familles.

La dignité commande de ne pas négliger non plus la question du « pécule », souvent très modeste, laissé aux résidents, du fait même des charges de structure et d'hébergement qui obèrent les coûts des établissements. Combien de couples quinquagénaires actifs ont aujourd'hui les plus vives difficultés à assumer les prises en charge de parents très âgés, tout en continuant de soutenir leurs enfants en butte à des problèmes d'emploi !

Dans ces conditions, les solutions à apporter relèvent certes d'une volonté bien plus nette du politique, pour déjà remédier aux dérives enregistrées depuis 2002, mais surtout afin de mettre en place un dispositif « soutenable ».

Le cynisme consistant à renvoyer chacun à son propre effort d'assurance ne peut faire illusion. Comme plusieurs intervenants le relèvent avec justesse, la solidarité nationale doit être le socle de cette

politique, pas un simple adjuvant. Il y aurait d'ailleurs un grand paradoxe à défendre le principe d'une protection sociale collective et à en dénier parallèlement les vertus pour ce cinquième risque, dont la « numérotation » ne doit pas nous faire oublier qu'il est certes le dernier en date de nos grands systèmes sociaux, mais pas le moindre en importance. Il est vrai que les mêmes qui voudraient renvoyer à la seule assurance individuelle la prise en charge du vieillissement ont pour la Sécurité sociale un attachement probablement de pure façade...

En toute logique, les conditions de financement du cinquième risque doivent être considérées dans le cadre plus large des enjeux économiques de la protection sociale. Le véritable délabrement des comptes sociaux, amorcé depuis cinq ans et évidemment aggravé par la crise, à défaut d'en être une simple résultante, nous rappelle qu'en la matière, tout se tient.

Pourtant, si l'on considère le sujet de la dépendance d'un point de vue intrinsèque, les surcoûts à prendre en compte demeurent, toutes choses égales par ailleurs, relativement limités.

Comme, précisément, la sortie de crise va être douloureuse et lente, le risque est donc grand de devoir attendre un hypothétique redressement des finances sociales pour que les choses changent. Il me semble clair que la tactique de la fuite en avant tient lieu, désormais, de stratégie au gouvernement : quand il sera « trop tard », l'appel à la responsabilité individuelle des assurés et la remise au jour des vieux outils de l'aide sociale pour les plus modestes (récupération sur succession notamment) tiendront lieu de viatique : ce sera, en somme, à prendre ou à laisser.

Dans ces conditions, augmenter les moyens disponibles par un recours spécifique à la CSG me paraît la moins mauvaise des formules. Une augmentation modeste dégagerait des marges non négligeables, dans le cadre d'un prélèvement socialement plus juste que les autres et surtout avec un ciblage clair. Rien n'empêcherait d'ailleurs de procéder par étapes, sur la durée, sans s'interdire au fil du temps des redéploiements avec par exemple, pour certaines

dépendances, une prise en charge classique par l'assurance maladie.

Qu'ensuite, des systèmes conventionnels, y compris à travers des accords de branche ou d'entreprise, se développent parmi les salariés sur une logique de complémentarité, au même type que la prévoyance, pour faire face à ce « risque », sera tout à fait bienvenu. Cela peut même constituer un nouveau terrain de dialogue social, se situant à une sorte d'intersection naturelle entre la santé et la retraite.

Dans ce cadre, la CNSA pourrait naturellement se voir adosser le pilotage de la nouvelle branche et garantir un traitement équitable de tous sur tout le territoire, tandis que les conseils généraux, gestionnaires de proximité, pourraient alors exercer leurs missions sur des bases durablement saines.

Toutes ces pistes concrètes avaient été développées et détaillées par Ségolène Royal lors des élections présidentielles : elles demeurent plus que jamais pertinentes et urgentes.

Si l'on mesure l'état d'une société à la manière dont elle traite ses anciens, on ne peut, sans nier les progrès réalisés, considérer le bilan de la France comme véritablement à la hauteur d'une grande nation. Je ne sais si ce grand sujet sera un thème de la future campagne présidentielle de 2012, mais j'ai la conviction que nous ne pouvons plus attendre encore trois ans pour que l'État fasse son devoir. J'ajouterai que les Français seraient bien inspirés de demeurer vigilants sur ces questions, qui ne figurent pas de manière très nette, à ce jour, dans les grandes revendications sociales, de sorte que la pression mise sur les pouvoirs publics pour les prendre à bras-le-corps demeure très diffuse. Or, mettre en œuvre véritablement ce cinquième risque suppose que tous les acteurs se mobilisent, partenaires sociaux, élus nationaux et locaux, mais aussi acteurs économiques, car ce secteur est riche en perspectives de développement et d'emplois non délocalisables.

C'est un combat que nous devons mener avec force et dans lequel je m'engage personnellement.

## Bernard Spitz

Président de la FFSA

**Risques :** La dépendance, le plus urgent débat du XXI<sup>e</sup> siècle ?

**Bernard Spitz :** Les chiffres sont irréfutables : la démographie est une discipline à horizon long. En 2050, à mi-siècle, dans une France de 70 millions d'habitants, une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans. Nous compterons 11 millions de plus de 75 ans (le double d'aujourd'hui, soit 15,6 % de la population française). Le nombre de personnes âgées dépendantes, qui est d'environ 1,1 million aujourd'hui, pourrait augmenter de 40 à 50 % d'ici 2040 et atteindre plus de 1,5 million de personnes. Face à ce besoin grandissant de prise en charge partielle ou totale, l'évolution inéluctable de la pyramide des âges aboutit à une réduction du nombre des actifs susceptibles de cotiser pour la couverture de ce risque. Une autre façon de dire les choses est que, pour la première fois de son histoire, la France va abriter des familles où cohabiteront cinq voire six générations. C'est un bouleversement économique. C'est un renversement social et c'est aussi un choc culturel si l'on pense à la dimension psychologique de cette révolution. Les experts réunis en table ronde par *Risques* et par *Esprit* dans ce numéro spécial explorent d'ailleurs les ramifications complexes de ce séisme tant sociétal que sociologique, sur le plan national comme sur le plan privé.

**Risques :** Comment y faire face ?

**Bernard Spitz :** Il n'y a pas une seule solution, mais plusieurs, faisant appel au système de solidarité public, tout comme à ceux qui, dans le privé, ont à la fois la surface et l'expertise pour évaluer dans la durée la complexité du risque et calculer un système de prestations complémentaires : les assureurs. Ils sont forcément partie d'une solution qui permette de maintenir un bon niveau de prise en charge pour

l'ensemble de la population, tout en laissant l'aide publique se concentrer là où elle est attendue : sur le soutien des plus fragiles.

**Risques :** Comment la FFSA compte-t-elle contribuer à ce débat ?

**Bernard Spitz :** Par des propositions précises élaborées dans les commissions qui réunissent les professionnels de l'assurance les plus compétents dans ce domaine, et par une réflexion animée par le Conseil d'orientation et de réflexion de l'assurance (Cora).

Le Cora, nouvelle instance indépendante créée par la FFSA et composée d'une vingtaine de membres issus d'horizons divers – économistes, philosophes, médecins, syndicalistes, juristes, représentants d'association... – a consacré sa première réunion, en novembre 2008, à un large tour d'horizon des problématiques de la dépendance. Ses membres se sont penchés sur des questions aussi diverses que, entre autres, les politiques de prévention ; la part acceptable de contribution patrimoniale des individus dans le financement de l'assistance de longue durée ; la transformation des liens familiaux entraînant l'éloignement physique des générations entre elles ; les progrès de la médecine assurant une autonomie responsable à des citoyens sans cesse plus âgés ; la formation spécifique des personnels et leur recrutement ; la difficulté, encore aujourd'hui, à ouvrir un débat national sur une question autant chargée affectivement...

Cette réflexion se poursuit, aiguillonnée par l'imminence des questions budgétaires liées au problème. Actuellement, la dépense publique consacrée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est évaluée à 19 milliards d'euros, soit 1 % du PIB. Le Conseil d'analyse stratégique estime que le financement de la dépendance pourrait représenter 1,6 % du PIB à l'horizon 2025.

Compte tenu de cette évolution, on voit bien l'urgence à imaginer des systèmes d'assurance dépendance qui, sans se substituer ou s'opposer au régime général, puissent venir en complément de la prestation publique, dans un système concerté entre les différents acteurs et un esprit de convergence des approches.

N'oublions pas enfin que la dépendance est un risque qui concerne l'ensemble de la population, et non seulement les plus âgés : risques de longues maladies, séquelles d'accidents graves, etc. Le corollaire paradoxal des progrès de la médecine est le maintien en vie de victimes qui auraient dans le passé été condamnées. La question de leur assurer une existence digne et souvent productive doit également nous mobiliser.

En tout état de cause, c'est la qualité du débat public qui permettra de lancer le meilleur dispositif possible.

La FFSA y contribuera en organisant des manifestations ouvertes à tous et en offrant aux syndicats, aux associations, aux partis politiques, aux *think tanks*, aux médias et à toutes les parties concernées les éléments d'information nécessaires que nous porterons également, via notre site Internet, à l'attention du grand public.

**Risques :** La dépendance est-elle un risque assurable ?

**Bernard Spitz :** Oui, et nous avons l'expertise nécessaire pour estimer son évolution. La mise en place des premiers contrats date des années 1980. La France, avec déjà 3 millions de personnes assurées, occupe le deuxième rang mondial après les États-Unis, qui comptent entre 7 et 8 millions de contrats dépendance, mais pour une population de 300 millions d'habitants. Nous possédons donc maintenant un certain recul pour pouvoir jauger l'évolution de ce risque à travers les contrats d'assurance dont les prestations croissent de 20 % par an environ. Il est d'ailleurs plaisant de voir souligner par plus d'un de nos experts que la France ne se tire pas si mal de cette problématique, même si cela ne suffit pas. Le seul pays où le système d'assurance dépendance soit

pérenne, nous rappelle Lucie Taleyson dans notre table ronde, c'est Singapour, où le partenariat public-privé sous l'égide stricte du ministère de la Santé comme les mesures incitatives ont fait de cette assurance un système quasi obligatoire.

Dans la mesure où les assureurs français sont prêts à s'engager sur le long terme, cela nécessite donc un partenariat pérenne où les décisions doivent être préparées de concert et partagées dans la durée. Il n'est pas sans risques pour la profession, mais nous pensons que l'enjeu en vaut la peine. La croissance prévisible des phénomènes de dépendance constitue un risque long qui justifie de recourir à un préfinancement sous forme de provisions plutôt qu'à un financement par répartition. C'est d'autant plus important que le nombre de personnes dépendantes va augmenter, surtout à partir des années 2025. Dès lors, la période allant d'aujourd'hui à cette date se prête bien à la constitution d'une couverture préfinancée contre ce risque.

Il existe encore des marges d'incertitude, en particulier sur l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité ou l'évolution de la longévité pour les années à venir. Nous vivons de plus en plus longtemps, encore que les progrès en espérance de vie se ralentissent un peu par rapport aux avancées rapides des décennies de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle ; mais il semble que nous vivions plus longtemps en bonne santé. En revanche, si on peut s'attendre à de nouveaux progrès médicaux, on ne peut exclure l'apparition de facteurs de risque nouveaux. Toutes ces variables doivent être prises en considération lors des calculs du risque dépendance.

**Risques :** Quels peuvent être les apports spécifiques de l'assurance pour la couverture de ce risque ?

**Bernard Spitz :** L'assurance peut prendre plusieurs formes, chacune adaptée à des situations individuelles, économiques ou cliniques différentes, qui doivent toutes être encouragées de façon à élargir au maximum le nombre de personnes couvertes : contrats de prévoyance, transformation de contrats d'épargne en

cas de dépendance, couverture souscrite dans le cadre de contrats collectifs d'entreprise, etc. ; servant une rente forfaitaire ou un bouquet de services ; des garanties de revenu ou de prestations...

Il faut en revanche être conscient que, contrairement aux besoins de retraite et de couverture santé, le risque de dépendance ne touche pas la totalité de la population. Les mécanismes d'aide à la souscription devront donc être suffisamment incitatifs pour être réellement efficaces. Ils doivent être aussi aisément transférables. La fluidité de notre système assurantiel est un point-clé : sont à l'étude, par exemple, des possibilités de transformer des contrats d'assurance vie en contrats d'assurance dépendance avec maintien sans solution de continuité (et donc sans coût ni pénalité pour les assurés) des avantages fiscaux ; l'ajout de clauses dépendance dans les contrats d'assurance de responsabilité civile que détiennent l'immense majorité des Français ; la possibilité de coupler des cotisations complémentaires d'assurance dépendance dans les contrats épargne retraite ; des conventions de portabilité pour les contrats d'entreprise, qui assurent aux salariés après leur cessation d'activité des garanties comparables à celles des complémentaires santé, etc. Je salue à cette occasion le remarquable travail effectué par Philippe Marini, qui réagit d'ailleurs à notre table ronde dans ces pages en donnant un aperçu de l'étendue des travaux de la mission sénatoriale sur la dépendance.

Les assureurs peuvent aider à la création et au développement des structures d'accueil ou d'aide à domicile en investissant dans ces structures. Ils peuvent participer au financement de leurs frais de fonctionnement en solvabilisant la demande par une offre de prestation financière dans les contrats. Ils peuvent utilement développer une politique de prévention, notamment en proposant dans leurs contrats des services d'assistance avant l'entrée en dépendance lourde. Cela permettrait de favoriser le maintien à domicile de la personne âgée perdant son autonomie et de préserver ainsi le lien social avec ses proches. Les assureurs

peuvent encourager les recherches tant sur le plan médical que sur le plan technologique en soutenant des projets permettant aux personnes âgées de rester plus longtemps à leur domicile.

**Risques :** Quelles sont les conditions qui permettraient une couverture optimale du risque ?

**Bernard Spitz :** Nous observons une certaine méconnaissance du public des coûts engendrés par la dépendance et sa prise en charge. On ne sait pas assez que le coût moyen d'une personne dépendante est de 1 500 à 2 000 euros mensuels, pouvant aller jusqu'à 3 000 euros en cas de dépendance lourde, alors que le montant moyen brut d'une retraite est de l'ordre de 1 200 euros. Pour y faire face, l'aide publique – même avec le progrès qu'a constitué l'APA – se monte de 450 à 500 euros par mois selon les cas, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Cela, bien évidemment, ne suffit pas. Les familles, tout en supportant concrètement pendant des mois ou des années l'essentiel du fardeau des soins quotidiens pour leur parent dépendant, s'endettent pour simplement s'acquitter de ce devoir. Elles ont du mal à comprendre la différence entre les traitements purement médicaux, qui sont remboursés par la Sécurité sociale, et les dépenses de soins relevant du secteur médico-social encourues pour assurer l'assistance des personnes chroniquement dépendantes, qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie : c'est ce que souligne, par exemple, Rose-Marie Van Lerberghe dans notre table ronde, expliquant les différences mal perçues entre traitements aigus et soins de long séjour. En cas de dépendance lourde, les besoins sont de 200 heures d'aide mensuelle en services à la personne divers ; or l'APA ne représente que quelque 65 heures. Et pourtant, les dépenses publiques au titre de l'APA croissent de 8 % annuellement !

Il pourrait paraître sage de communiquer sur cette situation au moment de l'estimation de retraite envoyée à chaque citoyen à partir de 55 ans. La couverture du risque doit être en effet organisée le

plus tôt possible pour être efficace tout en demeurant financièrement acceptable.

Il convient ensuite qu'il y ait convergence de la définition du risque entre le public et le privé. Convergence ne signifie pas nécessairement alignement : il faudra que les travaux des uns et des autres servent à enrichir une réelle réflexion commune. Une définition harmonisée permettra d'ailleurs une meilleure efficacité et une meilleure compréhension du dispositif par les citoyens.

Enfin, il convient de respecter les mécanismes assuranciers qui permettront une réelle concurrence

entre les acteurs au profit du consommateur, et donc du citoyen.

En conclusion, le débat sur la dépendance peut paraître incertain, une priorité secondaire par rapport à l'urgence du traitement de la crise financière et de ses conséquences.

Mais il n'en est rien : le vieillissement de notre population est d'ores et déjà engagé. Il nécessite des mesures dès aujourd'hui si on veut respecter l'équité entre générations et protéger notre modèle social, c'est-à-dire le lien fondamental qui nous unit.

## Florence Lustman

*Inspecteur général des Finances  
en charge du pilotage interministériel du  
plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012*

**D**ans un débat sur la dépendance, le cas particulier de la maladie d'Alzheimer permet d'illustrer un certain nombre des problématiques générales évoquées dans la table ronde.

Je rappellerai tout d'abord que la maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative du système nerveux central qui touche les zones du cerveau intervenant dans la mémoire et dans la reconnaissance des informations brutes telles que les sons ou les images.

L'évolution de la maladie se traduit par l'installation insidieuse d'un syndrome démentiel qui se caractérise par un affaiblissement de la mémoire (amnésie), du jugement, de l'attention et de la capacité à résoudre des problèmes. Il est suivi par des troubles du langage (aphasie), une difficulté à effectuer certains gestes (apraxie) et une perte de la reconnaissance des objets (agnosie). On parle ainsi de maladie des quatre « A ».

On reconnaît trois grands stades dans la progression de la maladie :

- le stade de début (troubles, notamment de la mémoire et du langage, discrets mais pouvant altérer l'accomplissement de tâches quotidiennes) ;
- le stade modéré (les troubles s'accroissent, désorientation temporelle et spatiale nette, jugement et affectivité perturbés) ;
- le stade sévère (perte de la mémoire, langage désstructuré, fonctions exécutives nulles, comportement perturbé).

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont aujourd'hui la principale cause de dépendance « lourde » et également d'entrée en institution.

Compte tenu de l'importance de cette maladie et de ses répercussions sociales, le président de la République a lancé, le 1<sup>er</sup> février 2008, le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, centré sur les besoins du couple malade-aidant. Ce plan couvre aussi bien la recherche que le soin et la prise en charge. Il est doté de moyens financiers à la hauteur de son ambition : 1 600 millions d'euros sur cinq ans, dont 200 millions pour la recherche, 200 millions pour les soins et 1 200 millions pour la prise en charge des malades. Cette répartition illustre la priorité donnée à l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants. Au total, ce sont quarante-quatre mesures qui couvrent l'ensemble des situations auxquelles le couple malade-aidant est confronté, du diagnostic à la prise en charge à domicile ou en institution – intégration des soins et des services de prise en charge, développement de structures de répit innovantes, etc. Ce n'est évidemment pas le lieu ici de développer l'ensemble de ces mesures. Je souhaiterais seulement en évoquer deux qui me paraissent illustrer concrètement des questions générales liées à la dépendance : le regard porté sur la maladie et la dimension éthique.

### Le regard porté sur la maladie

**A** plusieurs reprises, les intervenants de la table ronde ont mentionné l'image négative de la vieillesse et du vieillissement. La maladie d'Alzheimer n'échappe évidemment pas à ce constat. L'évolution du regard sociétal sur cette maladie constitue d'ailleurs un objectif du plan.

Dans ce cadre l'INPES (l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) a réalisé une enquête d'opinion en population générale auprès d'un échantillon national représentatif de 2 013 personnes, qui permet de cerner plus précisément les contours de cette image sociétale au début du plan (2008).

### *Une maladie crainte, y compris par les professionnels de santé*

La maladie d'Alzheimer est la troisième maladie jugée la plus grave par les personnes interrogées (derrière le cancer et le sida) et le troisième risque le plus craint derrière le cancer et les accidents de la circulation. Notons toutefois que malgré la forte crainte que suscite cette maladie, 91 % des personnes interrogées souhaiteraient connaître leur diagnostic si elles avaient des signes évocateurs.

### *Une maladie stigmatisante pour les personnes atteintes et leur entourage*

La maladie d'Alzheimer signe souvent la mort sociale du malade et l'isolement de son entourage. L'analyse des représentations des personnes atteintes que véhicule la presse tant nord-américaine que française montre que les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer sont perçues comme dépossédées de leur personnalité, déshumanisées, voire déjà mortes ; les images dominantes sont celles de patients à des stades avancés de la maladie, décrites sur un ton dramatique.

### *Près de 40 % des Français s'estiment mal informés sur la maladie d'Alzheimer*

Près de quatre personnes sur dix estiment être plutôt mal ou très mal informées sur la maladie d'Alzheimer. Par rapport à d'autres thèmes de santé comme le tabac (5 % de personnes estimant être mal informées à ce sujet), l'alcool (10 %) ou le cancer (18 %), cette proportion est assez importante. En outre, 79 % des personnes interrogées pensent que les médias devraient parler davantage de cette maladie.

### *Une maladie perçue comme un « fléau » moderne et une forte attente à l'égard de la recherche*

L'impression la plus partagée est que la maladie d'Alzheimer frappe au hasard et que les chercheurs peinent à identifier des causes ou des moyens de prévention de la maladie.

La recherche figure donc parmi les attentes les plus fortes à l'égard des pouvoirs publics. C'est également sur les progrès de la recherche que souhaite être informée prioritairement la population générale.

À l'évidence, il ressort de cette étude une image très négative et uniformément partagée de la maladie d'Alzheimer. Ce sondage sera répliqué en 2011, ce qui permettra d'évaluer l'impact positif – je l'espère ! – des mesures du plan sur la perception de cette maladie.

---

## La dimension éthique

---

La table ronde a également évoqué à plusieurs reprises les questions juridiques et éthiques liées au vieillissement. Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, ces questions reflètent une importance d'autant plus grande qu'à partir d'un certain stade de la maladie le recueil du consentement du malade devient problématique. Aussi le plan Alzheimer 2008-2012 a-t-il retenu dans ses objectifs prioritaires la promotion d'une réflexion et d'une démarche éthique.

La dimension éthique de la prise en charge doit être présente durant toute la maladie, du diagnostic à la fin de vie. Il s'agit d'accompagner et de considérer la personne malade, quel que soit le degré d'atteinte de la maladie, en tant que personne humaine. Un espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer a été créé à Reims sous la direction du Pr Blanchard, dont les missions sont les suivantes :

- constituer un lieu de ressources pédagogiques et documentaires ;

- établir des liens de travail formels avec les CMRR (Centres mémoire de ressources et de recherche), les ERE (Espaces de réflexion éthique) et avec le Comité consultatif national d'éthique ;

- participer aux actions européennes concernant cette thématique, en particulier le projet de plate-forme éthique soutenu par les Allemands et l'association Alzheimer Europe ;

- poursuivre et approfondir les réflexions antérieurement menées sur les questions éthiques soulevées par la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, et assurer la diffusion de ces travaux ;

- animer des rencontres pour débattre en particulier des thématiques relatives au respect des choix de la personne malade (directive anticipée, personne de confiance, participation à des essais thérapeutiques) et à l'utilisation de nouvelles technologies (bracelets de géolocalisation notamment). Un premier colloque sera organisé fin 2009 ;

- approfondir, dans l'enseignement de l'éthique, les spécificités de la maladie d'Alzheimer ;

- mettre en place une recherche psychosociale sur les conditions optimales pour recueillir l'avis de la personne malade.

Face au quadruple défi scientifique, démographique, économique et sociétal posé par la maladie d'Alzheimer, le plan Alzheimer 2008-2012 a voulu donner une réponse globale visant à offrir « la bonne prestation, à la bonne personne, au bon moment, tout en respectant ses choix ». Cet objectif ambitieux

est aujourd'hui poursuivi un peu partout dans le monde. Aussi notre action consiste-t-elle également à fédérer les énergies pour repérer et mutualiser sans délai les bonnes pratiques des uns et des autres.

Au plan européen, deux actions concrètes ont d'ores et déjà été entreprises :

- une « *peer review* » réunissant les meilleurs experts s'est tenue à Paris les 5 et 6 mai 2009 sur la prise en charge des troubles du comportement à domicile ;

- en ce qui concerne la recherche, un nouvel outil de coopération scientifique, la programmation conjointe, qui consiste à mutualiser entre pays volontaires les efforts de recherche sur des sujets identifiés, sera testé en 2009 sur les maladies neurodégénératives et en particulier la maladie d'Alzheimer. Quatorze pays se sont déjà engagés dans cette coopération, ce qui constitue le plus grand espoir pour vaincre cette maladie !

#### Sources

- Enquêtes Inpes : étude qualitative auprès de la population générale, des aidants familiaux et des professionnels de santé, août 2008 ; enquête quantitative par téléphone auprès d'un échantillon national représentatif de la population française de 2 013 personnes âgées de 18 ans et plus, octobre 2008.

- Dossier de presse présidence de la République, 2 février 2009.

- Site Internet : [www.plan-alzheimer.gouv.fr](http://www.plan-alzheimer.gouv.fr)

2.

# Dépendance : que sait-on vraiment ?



## Introduction

- Jean-Hervé Lorenzi, Jacques Pelletan, Côme Segretain

## Jusqu'où peut-on prévenir la dépendance ?

- Guillaume Sarkozy
- Etienne Baulieu
- Bruno Dubois
- Françoise Forette
- Marie-Eve Joël
- Jean-François Toussaint
- Guy Vallancien

## La démographie de la dépendance

- Didier Blanchet
- Pascale Breuil-Genier
- Alain Trognon
- Marc Mousli
- Alain Parant

## Y-a-t-il une économie de la dépendance ?

- François-Xavier Albouy
- Laurent Batsch, Denis Burckel,  
François Cusin, Claire Juillard
- Christophe Courbage
- Najat El Mekkaoui De Freitas  
Joaquim Oliveira Martins
- Agnès Gramain

## La dépendance : un choix de société

- André Masson
- Anne Laferrère
- Jean Pinquet
- Alain Trognon
- Manuel Plisson
- Philippe Trainar



# ENJEUX ÉCONOMIQUES DU VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE : LE CAS DE LA DÉPENDANCE

*Jean-Hervé Lorenzi, Jacques Pelletan, Côme Segretain*

*Chaire Transition démographique, Fondation du risque*

**D'**ici à 2030, des mutations profondes auront touché la démographie du monde : sa hausse ainsi que son vieillissement généralisé constituent deux éléments-clés qui ne devraient pas être démentis malgré les fragilités inhérentes aux prévisions démographiques. L'augmentation sera pour l'essentiel localisée en Afrique, au Moyen-Orient et en Inde. L'Afrique subsaharienne devrait, par exemple, voir sa population tripler au cours de ce siècle, malgré le sida (Pison, 2008). Il ne semble pas possible de dire aujourd'hui si les scénarios de très long terme tendent à une explosion, une implosion ou un équilibre de la population mondiale (Héran, 2005). En France, le scénario le plus probable serait une stabilisation autour de 73 millions d'habitants à l'horizon 2050 (Toulemon et Robert-Bobée, 2006). Qu'en est-il de la structure d'âge ?

Le vieillissement sera très marqué dans la plupart des pays de l'OCDE et la Chine, dont la population est appelée à décroître d'ici vingt ans (Attané, 2005). Aux États-Unis, par exemple, alors que l'âge médian a crû en moyenne de 1,1 année par décennie sur la période 1870-1990, il croît de 2,2 années par décennie sur la période 1990-2025 (Weil, 1997). Le Japon, avec une fécondité de l'ordre de 1,3 enfant en moyenne par femme, se retrouve face au déclin annoncé de sa population (Véron, 2008). Mais ce phénomène ne s'observera pas exclusivement dans les pays développés ; il sera également significatif dans beaucoup des pays

en développement et émergents. Par ailleurs, un bouleversement des rapports de force démographiques, inéluctable du fait du caractère asynchrone du processus de transition démographique, conduira à une accélération des migrations à l'échelle mondiale, que nous observons déjà depuis les années 1990, les migrants atteignant plus de 150 millions dans le monde au début du XXI<sup>e</sup> siècle, avec des migrations nettes vers les pays développés de près de 3 millions par an (Simon, 2002). Ces mutations seront lourdes d'impacts sur l'équilibre du monde. Cet article se propose de brosser d'abord un bref tableau de ce qui est connu – et inconnu – en la matière, avant de s'attacher aux mutations occasionnées par le vieillissement de la population sur la santé, le système productif et l'épargne. Sur tous ces points, la dépendance des personnes âgées apporte une illustration des principaux enjeux économiques ; cette question nous aide ainsi à concevoir une grille de lecture pour l'économie du vieillissement.

---

## Les faits démographiques : de grandes inconnues

---

**I**l nous faut d'abord garder à l'esprit que les projections démographiques reposent sur des hypothèses et comportent des points de fragilité (Blanchet et Le Gallo, 2008). Elles pré-supposent des évolutions connues en termes de solde

migratoire, fécondité et espérance de vie, afin de prédire le taux de croissance démographique de long terme et la structure d'âge de la population. Pourtant, ces trois paramètres peuvent connaître des variations par rapport aux hypothèses de projection. Les conséquences des incertitudes évoquées sont encore amplifiées en économie ouverte, dans la mesure où l'incertitude diffère selon les pays (Alho et Borgy, 2007). Pour mettre en perspective la fiabilité des projections démographiques, il est donc opportun de préciser les hypothèses faites sur la stabilité des comportements démographiques.

La fécondité semble bien être l'une des grandes zones d'incertitude. Les modèles économiques permettent-ils de l'expliquer de manière convaincante ? Il semblerait que ceux-ci – qu'il s'agisse de la nouvelle économie de la famille, née dans le sillage de Becker, ou des modèles de formation des préférences individuelles, suivant Easterlin – laissent des zones de flou importantes (Doliger, 2008). De même le solde migratoire annuel anticipé a été modifié de manière récente afin de coller à la réalité actuelle qui peut encore être largement modifiée. L'allongement de l'espérance de vie en Europe (1 trimestre par an) semble plus régulier, même si faire des projections sur la mortalité est également un exercice difficile, qu'il s'agisse d'établir une tendance globale ou une dispersion au niveau individuel. De fortes incertitudes pèsent sur le taux de prévalence et l'allongement de la durée de vie. Aujourd'hui, les projections de pyramide des âges sont relativement resserrées aux âges élevés. Pourtant, l'hypothèse d'un allongement continu de l'espérance de vie est désormais largement débattue. Il existe de nombreuses voies de progrès permettant de poursuivre voire d'accélérer le rythme actuel d'accroissement de l'espérance de vie d'un trimestre par an : prévention de la violence routière, du suicide, des conduites à risques, traitement du cancer, voire thérapies géniques et nanotechnologies.

On observe que la distribution des âges au décès s'est déplacée vers des âges plus élevés, créant, dans une certaine mesure, une homogénéisation des durées de vie, sans empêcher pour autant une explosion des

nonagénaires et centenaires. Mais cela ouvre d'autres questions : il semble que l'allongement de la durée de vie en bonne santé ne suive pas un tel rythme (Robine et Cheung, 2008). Dès lors, les inconnues sur l'ampleur du phénomène de dépendance restent très fortes. À l'horizon 2050, le nombre de personnes dépendantes projetées par l'Insee varie du simple au triple. À partir d'un effectif actuel (GIR 1 à GIR 4) de 1,1 million de dépendants en France, on pourrait aboutir tout aussi bien à une stabilité qu'à un triplement. En effet, à l'incertitude sur le taux de mortalité de la population en général s'ajoute celle sur le taux de prévalence de la dépendance et celle et sur le taux de mortalité des personnes dépendantes.

Il existe par ailleurs aujourd'hui de très grandes disparités dans l'espérance de vie sans incapacité. Entre les pays : à 50 ans les Danois ont une espérance de vie de vingt-quatre ans sans incapacité, contre quatorze ans pour les Allemands. Entre les genres, également puisque les femmes vivent plus longtemps. Entre les jeunes et les vieux : la prévalence diminue, les générations jeunes sont moins soumises à ce risque que leurs aînés (Cutler, 2004). Enfin, les inégalités sont très fortes dans la distribution du risque selon la catégorie socio-économique. Ces inégalités vont-elles subsister ? Il semble à la fois difficile de porter un jugement sur l'augmentation réelle du risque de dépendance et de savoir si les disparités que nous avons cernées vont s'estomper. Ces inconnues tendent à faire peser un poids important sur l'organisation de la prise en charge de la dépendance et, plus généralement, du système de soins.

---

## Quel état de santé des populations ?

---

**L**a question de l'espérance de vie en capacité ouvre celle, plus large, de l'état des populations. Si les thèses populationnistes ou antipopulationnistes se sont longtemps affrontées, avant d'être quelque peu reléguées au second plan dans le débat économique, c'est précisément parce

qu'il n'est pas suffisant de s'attacher à l'étude des populations humaines sous le seul aspect du nombre. Ainsi, rapprocher économie et démographie exige de s'intéresser aux populations sous l'aspect du nombre, certes, mais surtout de s'interroger sur l'état et les conditions de vie de celles-ci. Au premier chef, nous devons nous intéresser à la santé, qui apparaît conjointement comme une dépense de consommation, une accumulation de capital humain et l'un des sujets de l'innovation scientifique et technique.

Il y aura, à n'en pas douter, une augmentation des besoins de financement pour les soins afférant à la santé. Si l'on prend l'exemple de la dépendance, nous savons que l'éventualité d'une augmentation forte du nombre de personnes concernées ainsi que du coût de prise en charge soulève de nombreuses inquiétudes, notamment en ce qui concerne l'équilibre des finances publiques à long terme. Nous savons, même si l'APA est réformée en profondeur, qu'il restera un complément de financement à la charge de la personne dépendante – le montant moyen de l'APA (409 euros) représentant moins du tiers du coût moyen d'une prise en charge à domicile (Ennuyer, 2006). Néanmoins, en dépit de ce risque financier important, le marché de l'assurance dépendance connaît un développement mitigé. Il est alors nécessaire de comprendre, d'un point de vue à la fois théorique et empirique, les raisons de ce demi-succès, afin de mettre au point un système d'incitation permettant un financement pérenne de cette charge. D'un point de vue théorique, du côté de la demande, on peut pointer la mauvaise appréhension des risques de long terme, le montant élevé du contrat d'assurance si, comme c'est souvent le cas, le risque n'est pas anticipé suffisamment tôt, et l'idée enfin que la dépendance doit être prise en charge au sein de la famille. Du point de vue de l'offre, très classiquement, l'assurance dépendance pourrait être à l'origine d'une consommation de soins qui aurait pu être évitée (aléa moral), sur la partie des soins proche d'une prestation de confort ; elle est par ailleurs confrontée à un risque de sélection adverse, accentué par le caractère tardif des souscriptions. Pour pallier ces difficultés, les assureurs ont développé une offre de produits de couverture contre la dépendance basée

sur des remboursements forfaitaires, étant donné la dérive des coûts que pourrait générer une approche indemnitaire.

Mais le point décisif consiste à savoir si de telles dépenses peuvent avoir un caractère favorable à la croissance de nos économies ou si, au contraire, elles doivent être considérées exclusivement comme des charges. De nombreux économistes mettent en avant le fait que la santé a un impact décisif sur la croissance à travers des mécanismes de croissance endogène (Bloom et al., 2001). L'amélioration de la santé reposera, au premier chef, sur l'état des technologies médicales, alors que leur impact sur la santé, et notamment les maladies les plus sévères, apparaît décisif (Cutler, 2004). Par exemple, nous savons qu'une revascularisation après attaque cardiaque conduirait en moyenne à augmenter l'espérance de vie de la personne concernée de plus d'un an, pour un coût de 40 000 dollars (Cutler, 2007). Y a-t-il, au niveau de ces technologies, des gains de productivité significatifs ? L'architecture du système de protection sociale peut-elle alors être mobilisée mieux qu'elle ne l'est actuellement, afin d'encourager l'innovation médicale, comme le suggèrent les économistes (Garber et al., 2006) ? Ainsi, comme on vient de le voir brièvement, à travers l'exemple de la dépendance se pose la question du système productif mis en place dans une société vieillissante.

## Quel système productif dans une société vieillissante ?

Sur le marché des biens et services, l'effet démographique peut effectivement sembler de première importance alors que le formidable effet déflationniste, obtenu ces vingt dernières années notamment grâce à la main-d'œuvre chinoise, peut être réédité avec l'augmentation des forces de travail indienne et africaine. Dans les pays industrialisés, le ratio de dépendance de la population – sensiblement identique à celui du siècle dernier – est appelé à s'accroître dans les années à venir, surtout entre 2010

et 2030. Ainsi, le déclin de la force de travail laisse à priori ouverte la question d'une moindre croissance du niveau de vie moyen de la population (Aglietta, Blanchet, Héran, 2002 ; OCDE, 1998). Mais une approche purement comptable de la structure d'âge serait probablement trompeuse, alors que la transition démographique incite à investir dans l'éducation (Bloom et Canning, 2004 ; Zhang et al., 2001) et à une épargne plus importante, bénéfique le plus souvent aux générations futures (Le Cacheux et Touzé, 2003). Dès lors, maintenir le revenu par habitant constant semble possible si les gains de productivité compensent l'augmentation du ratio de dépendance (Cutler et al., 1990). Seuls deux leviers existent : augmenter la durée moyenne de travail durant une vie ou augmenter la productivité par tête.

Qu'en est-il de la productivité, fortement liée, on le sait, à l'innovation ? Quelles ruptures technologiques et quelles innovations majeures pouvons-nous attendre de l'évolution démographique actuelle ? Y aura-t-il une véritable transformation des structures de consommation due au vieillissement (Cherbonnier et Sagnes, 2002) ? Du côté de la demande, nous savons que la dépendance modifie considérablement le portefeuille de biens et services nécessaires aux seniors : besoins en télémédecine et en télésurveillance, aide à domicile. Elle accentue encore le besoin d'investissement dans les technologies médicales. Ainsi, la volonté de guérir des patients sans cesse plus âgés constitue une formidable incitation pour le tissu productif des sociétés vieillissantes. Par exemple, les recherches actuelles sur la maladie d'Alzheimer conduiront probablement à des innovations majeures fondées sur les neurostéroïdes ou à un développement important des technologies de diagnostic. Au niveau de l'offre, on peut se demander si le ralentissement démographique ne constitue pas un frein à l'accumulation des connaissances et par là même au progrès technique. Le même type de question se pose pour la structure d'âge de la population. Moins de jeunes signifierait alors automatiquement moins d'innovation. Dans l'état actuel des mesures économétriques, ces faits stylisés ne semblent pourtant pas vérifiés. Finalement, il ne semble donc pas que les nations

vieillissantes innovent moins que les plus jeunes.

Qu'en est-il de la durée de travail durant une vie ? Prenons le travail des seniors : pourquoi, alors que l'espérance de vie en bonne santé augmente, les individus voient-ils leur espérance de vie professionnelle se réduire (Xuan, 2005) ? Les réponses à ce paradoxe ont autant trait à l'offre qu'à la demande de travail. Du côté de l'offre, certains déterminants sont financiers ; ils se ramènent au fait de savoir si le travail continue de payer une fois passé l'âge minimal de départ à la retraite. Durcir les barèmes ou flexibiliser les conditions de départ peuvent avoir des effets différents sur le comportement des agents (Blanchet, 2008). D'autres éléments ne sont pas monétaires (santé, conditions de travail, myopie...), mais ont également un rôle déterminant aux âges charnières (Bozio, 2006 ; Molinié et Volkoff, 2003). Enfin, des facteurs culturels rendent compte des différences internationales de taux d'emploi des seniors. L'insertion de ces derniers dans l'emploi ne provient pas uniquement de spécificités institutionnelles, mais aussi d'aspects culturels, tels que l'attitude face au travail, les valeurs familiales, ou les attitudes face à l'avenir et au risque (Algan et Cahuc, 2007).

Si l'on analyse la demande, il est primordial, là encore, de savoir comment évolue la productivité avec l'âge et comment cette évolution peut être comparée avec celle des salaires. Selon un assez large consensus, si un resserrement de l'écart productivité-salaire avec l'âge est discutable pour les seniors qui restent actifs, il ne fait en revanche guère de doute qu'il constitue l'une des explications de l'exclusion du marché du travail des moins qualifiés (Blanchet et Toutlemonde, 2008). La crise financière pourrait alors contribuer à accroître une disparité entre ceux qui seraient obligés de travailler plus longtemps et ceux exclus très tôt du marché du travail (Falba et al., 2008). Dès lors, deux leviers semblent exister pour augmenter la demande de travail des seniors : la productivité et la rémunération. Cela supposerait d'abaisser le taux de dépréciation du capital humain, alors que les changements technologiques semblent avoir un impact défavorable sur les seniors (Aubert,

Caroli et Roger, 2004 ; Ananian et Aubert, 2004). Ce dernier point est cependant très discuté, dans la mesure où la productivité des seniors est le plus souvent sous-estimée du fait d'une propension à travailler dans des entreprises moins productives (Malmberg et al., 2005). Du point de vue de la rémunération, il semble plus difficile de faire coïncider le mouvement des aspirations de niveau de vie et celui de la productivité (Cornilleau et al., 2008). Ces aspects sont à la fois déterminants pour la richesse de nos pays et pour la santé des seniors, dès lors que ceux-ci bénéficient de bonnes conditions de travail. En effet, la question de l'emploi des seniors est d'autant plus essentielle que l'activité de ces derniers réduit le risque de dépendance du quatrième âge. Derrière ces enjeux, la question du lien entre les générations apparaît évidemment de façon prégnante.

## Épargne et cycle de vie : quels transferts entre les générations ?

L'incertitude démographique rend difficile toute prédiction sur l'évolution de l'épargne (Aglietta et Borgy, 2008). En effet, les mutations démographiques mondiales causeront, à n'en pas douter, de profondes mutations sur l'épargne (Poterba, 2004) et, par voie de conséquence, sur les taux d'intérêt et les taux de change (Rose et Supaat, 2007). Ces mutations correspondent en réalité à des transferts entre les générations, que ce soit à l'intérieur d'un même pays ou entre les « pays jeunes » et les « pays vieux ». Pour les comprendre, il est d'abord nécessaire de mieux cerner les modalités du comportement individuel des épargnants. Certes, la théorie du cycle de vie nous dit que les agents épargnent durant leur période d'activité, avant d'en retirer le produit pour leurs vieux jours. Ce raisonnement apparaît très contestable alors que l'augmentation de l'espérance de vie à un âge donné peut accroître – à cet âge – la propension à épargner pour faire face à une « surface de consommation » plus étalée dans le

temps. La volonté de transmettre un patrimoine à des enfants modifiée par ailleurs substantiellement la donne.

Au niveau mondial, l'évolution de la demande de capital dépendra, elle, pour une bonne part de la vitesse du rattrapage technologique des pays émergents (Aglietta, Blanchet, Héran, 2002). Dans le cas d'un rattrapage rapide, les taux d'intérêt augmenteront, les flux se polarisant de plus en plus vers ces pays, alors que les zones vieillissantes pourront tirer parti d'un rendement plus élevé du capital. Cela signifierait que les investisseurs internationaux se détourneraient des pays avancés dans la transition démographique, mettant en danger les gains de productivité dans nos économies. Cette analyse, qui repose sur l'hypothèse de marchés financiers parfaitement intégrés, n'est pas totalement vérifiée alors que les prix et les flux d'actifs sont encore largement déterminés par les situations d'épargne nationales, corrélées à la démographie. Ces éléments ouvrent deux grandes questions.

La question de la mobilisation de l'épargne, nationale mais aussi mondiale, pour financer notre économie, apparaît d'abord centrale dans ce contexte (Coeuré, 2008). La seconde question est celle de l'équité entre les générations, notamment sous une hypothèse de croissance des phénomènes de dépendance. C'est à cet aspect que nous nous attachons plus particulièrement ici. Alors que la France est marquée par un fort déséquilibre intergénérationnel en revenus et patrimoine en faveur des seniors, nous faut-il concevoir des mécanismes de transfert publics et de patrimoine entre les générations ? La théorie du cycle de vie, qui voudrait que l'individu se constitue une épargne financière pendant sa vie active, pour la dépenser pendant sa retraite, devrait être révisée en lien avec les phénomènes de dépendance. Cette théorie fonctionne déjà mal dans un univers où la protection sociale et la solidarité nationale se substituent en partie à l'épargne financière dans la sécurisation des parcours individuels, comme c'est le cas dans notre pays. La perspective d'un quatrième âge long et difficile pousse le troisième âge à une réépargne au moment de sa retraite. Pour les ménages propriétaires à revenus modestes, le

logement apparaît ainsi comme une forme d'assurance dépendance. Ils pourront tirer un revenu de leur logement pendant leurs très vieux jours, soit en en louant une partie, soit en cessant de l'entretenir.

La question du financement de la dépendance est donc bien illustrative du prisme sous lequel on observe la relation au social : recours à la famille, recours à la solidarité nationale ou à la responsabilité de chacun. Peut-on accorder à des personnes qui n'ont pas cotisé des prestations d'assurance sociale constituant un repas gratuit supplémentaire pour une génération favorisée par les Trente Glorieuses, et donc « dorée » pour reprendre les mots de Chauvel ? Faut-il tenir ainsi une comptabilité des transferts intergénérationnels, ou au contraire se préoccuper simplement d'aider ceux qui en ont besoin ? Après tout, rien ne dit que les générations futures seront dépendantes.

Cette question rebondit sur celle de la conception d'une « politique générationnelle », visant à effectuer des redistributions explicites entre les générations et à allouer les contributions fiscales selon ce biais (Kotlikoff, 2001). C'est dans cet esprit qu'il est possible de concevoir la réforme des retraites japonaise, intervenue en 2004 (Horioka et al., 2007). Si telle est notre volonté, certaines incitations publiques sont à même de modifier les canaux de transmission vers les générations les plus jeunes. La question saillante de la dépendance renouvelle donc les interrogations plus anciennes sur l'équité.

L'analyse économique du vieillissement démographique pose, nous l'avons vu, quatre grands types de questions : démographiques, médicales, économiques et sociales. L'exemple de la dépendance des personnes âgées est tout particulièrement illustratif de ces enjeux. Le sujet mérite donc d'être abordé de manière à la fois plus approfondie et complète qu'il ne l'a été jusque-là : médecins, démographes, économistes, sociologues et assureurs doivent être entendus sur ces questions si l'on veut gérer le choc démographique.

## Bibliographie

AGLIETTA M. ; BLANCHET D. ; HÉRAN F., « Démographie et économie », rapport au Conseil d'analyse économique, n° 35, La Documentation française, 2002.

AGLIETTA M. ; BORGY V., "Demographic Uncertainty in Europe: Implications on Macro Economic Trends and Pension Reforms", Cepii Working Paper, n° 2008-22, 2008.

ALGAN Y. ; CAHUC P., "The Roots of Low European Employment: Family Culture?", NBER International Seminar on Macroeconomics, J. Frankel and C. Pissarides editors, MIT Press, 2007, pp. 65-109.

ALHO J. ; BORGY V., "Global Ageing and Macroeconomic Consequences of Demographic Uncertainty in a Multi-Regional Model", Cepii Working Paper, n° 200709, 2008.

ANANIAN S. ; AUBERT P., « Travailleurs âgés, nouvelles technologies et changements organisationnels : un réexamen à partir de l'enquête "Réponse" », *Économie et statistique*, n° 397, 2004, pp. 21-49.

ATTANÉ I., « Les défis de la Chine : moins de filles, plus de personnes âgées », *Population et sociétés*, n° 416, 2005.

AUBERT P. ; CAROLI E. ; ROGER M., "New Technologies, Workplace Organisation and Age : Firm-Level Evidence", *The Economic Journal*, vol. 116, 2006.

BLANCHET D., « Offre et demande de travail des seniors : qu'avons-nous appris ? », note Drees-Dares-Insee, 2008.

BLANCHET D. ; LE GALLO F., « Les projections démographiques », *Revue économique*, vol. 59(5), 2008, pp. 893-912.

BLANCHET D. ; TOUTLEMONDE F., « Évolutions démographiques et déformation du cycle de vie active », *Revue économique*, vol. 59(5), 2008, pp. 995-1022.

BLOOM D. E. ; CANNING D., "Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance", NBER Working Paper, n° 10817, 2004.

BLOOM D. E. ; CANNING D. ; SEVILLA J., "The effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence",

- NBER Working Paper, n° 8587, 2001.
- BOZIO A., « Réforme des retraites : estimations sur données françaises », thèse EHESS, 2006.
- CHERBONNIER F. ; SAGNES N., « Démographie et innovation » in Aglietta M. ; Blanchet D. ; Héran F., « Démographie et économie », rapport au Conseil d'analyse économique, n° 35, La Documentation française, 2002.
- COEURÉ B., « Mettre les fonds de pension au service de la croissance », *L'économie mondiale 2008*, coll. « Repères », La Découverte, 2008.
- CORNILLEAU G. ET AL., « Étude comparative sur les pays européens ayant un taux d'emploi des seniors élevés », rapport au Conseil d'orientation des retraites, 2008.
- CUTLER D. M., "Intensive Medical Technology and the Reduction in Disability", in Cutler D. M., "Analysis in the Economics of Aging", 2005, pp. 161-184.
- CUTLER D. M., "The Lifetime Costs and Benefits of Medical Technology", *Journal of Health Economics*, vol. 26, 2007, pp. 1081-1100.
- CUTLER D. M. ; POTERBA J. M. ; SHEINER L. M. ; SUMMERS L. H., "An Aging Society: Opportunity or Challenge », *Brookings Papers on Economic Activity*, n° 1, 1990.
- DOLIGER C., « La fécondité et ses déterminants économiques », *Revue économique*, vol. 59(5), 2008, pp. 955-972.
- ENNUYER B., *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs*, Éditions d'organisation, Dunod, 2006.
- FALBA T. A. ; GALLO W. T. ; SINDELAR J. L., "Work Expectations, Realizations, and Depression in Older Workers", NBER Working Paper, n°14435, 2008.
- GARBER A. M. ; JONES C. I. ; ROMER P. M., "Insurance and Incentives for Medical Innovation", NBER Working Paper, n° 12080, 2006.
- HÉRAN F., « La population du monde pour les trois siècles à venir : explosion, implosion ou équilibre ? », *Population et Sociétés*, n° 408, 2005.
- HORIOKA C. Y. ; SUZUKI W. ; HATTA T., "Aging, Saving, and Public Pensions in Japan", NBER Working Paper, n° 13273, 2007.
- KOTLIKOFF L. J., "Generational Policy", NBER Working Paper, n° 8163, 2001.
- LE CACHEUX J. ; TOUZÉ V., « Vieillesse et richesse des nations », *Revue de l'OFCE*, vol. 84, 2003.
- MALMBERG B. ; LINDH T. ; HALVARSSON M., "Productivity Consequences of Workforce Ageing", Institute For Futures Studies Working Paper, n° 2005-17, 2005.
- OCDE, "The Macroeconomic Implications of Ageing in a Global Context", Economics Working Paper, n° 193, 1998.
- PISON G., « Forces et faiblesses de la démographie américaine face à l'Europe », *Population et Sociétés*, n° 446, 2008.
- PISON G., « L'avenir démographique des pays du Sud », *Revue économique*, vol. 59(5), 2008, p. 869-892.
- POTERBA J., "The impact of population aging on financial markets", NBER Working Paper, n° 10851, 2004.
- ROBINE J.-M. ; CHEUNG S. L. K., « Nouvelles observations sur la longévité humaine », *Revue économique*, vol. 59(5), 2008, pp. 941-954.
- ROSE A. K. ; SUPAAT S., "Fertility and the Real Exchange Rate", NBER Working Paper, n° 13263, 2007.
- SIMON G., « Les migrations internationales », *Population et Sociétés*, n° 382, 2002.
- TOULEMON L. ; ROBERT-BOBÉE I., « Population française : vers une stabilisation à 70 millions d'habitants », *Population et Sociétés*, n° 429, 2006.
- VÉRON J., « Le Japon face au déclin annoncé de sa population », *Population et Sociétés*, n° 449, 2008.
- WEIL D. N., "The Economics of Population Aging", *Handbook of Population and Family Economics*, Elsevier, 1997.
- XUAN H., « Vieillesse démographique et croissance : vers une définition économique du vieillissement », thèse de doctorat de l'Université Paris-Dauphine, 2005.
- ZHANG J. ; ZHANG J. ; LEE R., "Mortality Decline and Long-run Economic Growth", *Journal of Public Economics*, vol. 80, 2001, pp. 485-507.

# JUSQU'OU PEUT-ON PRÉVENIR LA DÉPENDANCE ?

## INTRODUCTION

*Guillaume Sarkozy*

*Délégué général, groupe Médéric Malakoff*

**J**usqu'ou peut-on aller dans la prévention de la dépendance ? Il y a, je crois, trois formes de prévention :

- une prévention physique et médicale qui vise à prolonger l'indépendance physique et l'autonomie ;
- une prévention sociale qui vise à éviter l'isolement et à renforcer la vie sociale et l'autonomie sociale des personnes les plus fragiles ;
- une prévention financière qui cherche à maintenir l'autonomie financière des personnes dépendantes.

Pour un groupe de protection sociale, ces trois modes de prévention sont également importants et sont au cœur de nos réflexions et de nos décisions stratégiques. La réflexion de notre groupe s'oriente vers les domaines de la santé et de la vie sociale comme axes de la prévention, et s'attache aussi au domaine financier puisque c'est notre travail d'assureur.

La prévention physique passe, on le sait, par la diffusion de règles de vie simples sur lesquelles tous les scientifiques s'accordent. Il est ainsi souvent considéré que les cinq règles suivantes permettent de gagner quatorze années de vie en bonne santé : manger 5 fruits et légumes par jour, boire au maximum et au minimum 7 verres de vin par semaine, faire une heure d'exercice léger par jour, avoir du plaisir, sourire, être heureux, et voir les autres. Ce programme

n'est pas très contraignant. Il suffit pourtant à maximiser nos chances d'indépendance, comme l'a montré l'enquête Suivimax 1 que nous avons financée avec l'Inserm. L'enquête Suivimax 2 portera, elle, sur le thème du bien vieillir. Nous nous attachons à diffuser largement ces recommandations auprès de nos clients. Au-delà de ces règles, nous cherchons à renforcer le dépistage, en particulier par l'élaboration d'un programme de prévention « bien vieillir » qui comprendra des bilans gérontologiques, des tests de dépistage et une orientation vers des professionnels de santé spécialisés.

On sait qu'il y a 2 000 000 de chutes de personnes âgées par an, dont 9 000 se terminent par un décès. La prévention des chutes est donc un objectif essentiel. Nous avons ainsi pris l'initiative de créer une association spécialisée dans le maintien à domicile, Madopa, qui regroupe des centres de prévention et des centres de recherche en technologie. En effet, les nouvelles technologies apporteront beaucoup pour la prévention et le suivi de la dépendance : repérer ces nouvelles technologies, les expérimenter et industrialiser leur diffusion, tel est l'objectif de cette association. Madopa vient par exemple de développer un pèse-personne muni d'un capteur permettant de mesurer les facteurs de stabilité et d'équilibre. Un suivi journalier à distance est ainsi effectué grâce à un téléphone qui envoie les résultats sur un ordinateur ;

ce qui permet de détecter une aggravation du risque de chute.

Ces efforts de recherche complètent les travaux menés avec talent par la Fondation Médéric Alzheimer dont la réputation n'est plus à faire. Ils complètent aussi notre investissement dans la chaire vieillissement démographique de la Fondation du risque.

L'indépendance sociale passe par la mise à disposition de nos adhérents de solutions de proximité. Ce sont d'abord des solutions de maintien à domicile, et le groupe a pris des orientations fortes dans le domaine des services à la personne par des investissements dans des structures spécialisées, comme Assistéo, et par le renforcement des programmes mis en place par notre réseau d'associations, au titre de l'action sociale. L'indépendance sociale, c'est aussi la certitude de pouvoir disposer, le moment venu, d'une place dans un Ehpad de grande qualité ; là aussi, nos orientations sont connues et décisives, tel notre investissement dans le groupe Korian, leader d'établissements spécialisés, parallèlement à la gestion

d'Ehpad pour le compte des fédérations Agirc-Arrco.

L'indépendance financière est un objectif plus complexe à atteindre. On sait qu'il y a 1 115 000 bénéficiaires de l'allocation de dépendance (APA) et les projections montrent une constante augmentation. Les ménages dépensent près de 7 milliards d'euros en complément des ressources fournies par la solidarité nationale. Le coût moyen de la dépendance est en effet de 1 500 à 2 000 euros par mois et dépasse largement la moyenne des pensions servies par les différents régimes. Pour autant, la dépendance n'est pas une certitude mais un risque que peuvent couvrir des schémas d'assurance. Nous attendons donc avec impatience qu'un cadre incitatif et proactif soit défini pour l'expansion des garanties dépendance, lesquelles, vous le savez, ont aujourd'hui du mal à trouver leur marché. Notre réflexion sur ce sujet milite en faveur d'un système qui permettrait aux garanties dépendance collectives de bénéficier des mêmes exonérations fiscales, dans le strict maintien des enveloppes actuelles, que celles accordées aux autres assurances collectives de personnes.

# L'EXEMPLE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER,

*Bruno Dubois*

*Centre des maladies cognitives et comportementales*

*Unité de recherche Inserm U610*

*Hôpital de la Salpêtrière*

L'allongement de la durée de vie est une conquête majeure de l'humanité, en même temps qu'un privilège des sociétés dites développées. Le vieillissement de la population est un phénomène qui concerne la plupart des sociétés occidentales. L'espérance de vie a augmenté de façon régulière et spectaculaire depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et, déjà aujourd'hui, une personne de plus de 60 ans a trois chances sur quatre de parvenir à l'âge de 80 ans. D'ores et déjà, un nouveau-né de sexe féminin a une espérance de vie supérieure à 90 ans. Les scénarios démographiques de l'Insee montrent une augmentation de la population totale de la France pour les prochaines années, mais surtout une augmentation de la proportion des personnes âgées. À titre d'exemple, la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus, qui était de 8 % en 2004, passera à 16 % en 2040. Il est important de constater que cette augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une augmentation de la durée de vie sans incapacité. Ainsi, l'accroissement de la proportion de personnes âgées dans la population globale ne signifie pas un accroissement proportionnel de la dépendance et des charges qui sont associées.

Cet allongement de la durée de la vie a de multiples conséquences qui ne sont pas toutes négatives. En effet, il représente une source de croissance et de développement potentiels : les personnes âgées ont globalement vu s'accroître leur pouvoir d'achat, et leurs besoins génèrent des activités économiques nouvelles. Il offre également la possibilité aux

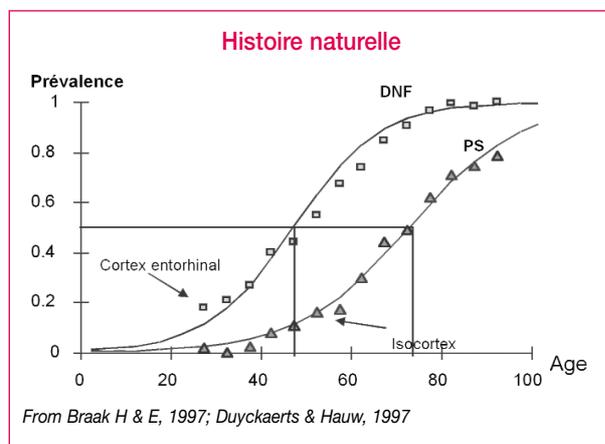
personnes âgées de prolonger leur activité dans un autre cadre, par exemple associatif et bénévole, et de contribuer ainsi au renforcement du lien social. Cela dit, la progression du nombre absolu de personnes âgées est une réalité incontournable et devient un défi majeur. En effet, le vieillissement de la population va mettre en tension la plupart des éléments du système de protection sociale et, s'il n'est pas correctement anticipé, il risque de mettre à mal la solidarité entre les générations. Ce d'autant que la maladie d'Alzheimer est plus fréquente à mesure que la population avance en âge. La prévalence de l'affection va mathématiquement augmenter dans les années qui viennent.

- Prévalence de la démence : 860 000 cas en France
- Incidence : 220 000 nouveaux cas par an
- Chiffres estimés mais destinés à s'accroître
- 45% des cas surviennent après 85 ans
- 330 000 cas de démence sévère
- Cause principale de dépendance lourde du sujet âgé
- Motif principal d'entrée en institution (75% des sujets en institution sont déments) Pour un coût global de 10 Milliards d'€/an (coûts directs)
  
- Si l'incidence et la durée de la maladie ne changent pas  
en 2020 1 200 000 de démence  
en 2040 2 100 000 de démence

Aujourd'hui, on estime à 856 000 le nombre de patients atteints de démence en France métropolitaine. Il faut savoir que ces chiffres ne sont qu'une estimation réalisée à partir des données du groupe Eurodem et de l'étude Paquid et que cette estimation peut

varier selon les études. Près de la moitié des patients âgés de plus de 75 ans sont à un stade d'atteinte modérément sévère à sévère, soit plus de 300 000 personnes. La prise en compte de ce stade de sévérité est importante car la proportion de patients dépendants est de 90 % dans ces formes modérément sévères à sévères. En termes d'incidence, le nombre de nouveaux cas annuel de démence est estimé à 225 000.

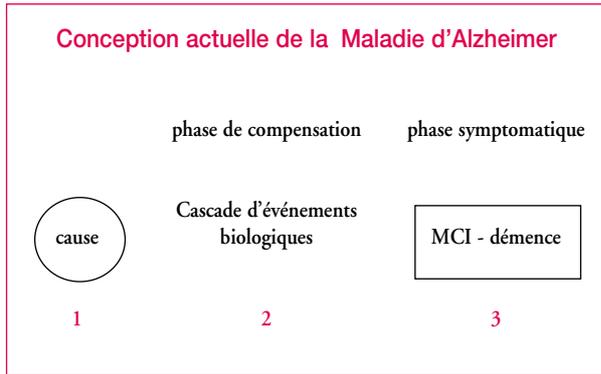
Qu'en est-il pour les années à venir ? Dans l'hypothèse d'une prévalence constante de la maladie, le nombre de personnes atteintes en 2020 serait de 1 270 000 et en 2040 de 2 150 000 (données de l'Opeps, rapport n° 2454 du 6 juillet 2005). Les prévisions doivent aussi tenir compte d'un scénario de fécondité, soit haute, soit stable, soit basse. En fait, le nombre absolu de personnes atteintes ne sera pas différent selon le scénario jusqu'en 2040. Mais il n'est pas raisonnable de proposer des estimations jusqu'à cette date car on peut espérer que, d'ici là, des progrès auront été réalisés et un traitement curatif efficace découvert.



En effet, si l'on découvre un médicament qui *retarde le processus pathologique*, ne serait-ce que de cinq ans, on diminue de moitié le nombre de cas prévalents en raison d'un effet de censure lié à la mort. Cela n'est pas sans conséquence économique, car le coût global de la prise en charge des patients atteints de cette maladie est évalué à 10 milliards d'euros par an et il ne s'agit là, en fait, que des coûts directs. Est-il raisonnable d'espérer des

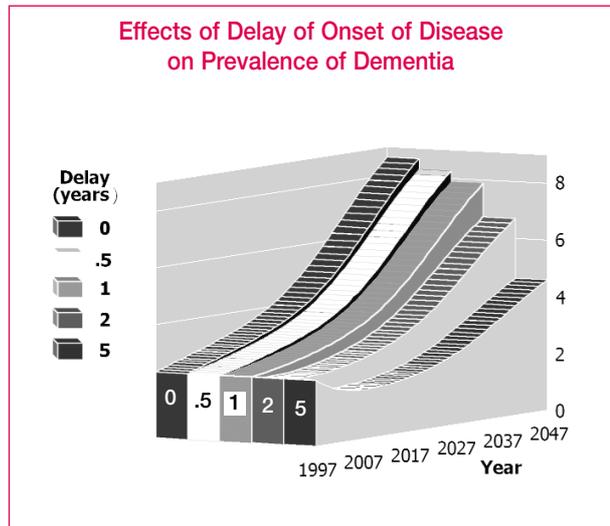
avancées dans le domaine thérapeutique ? Les progrès majeurs réalisés au cours de ces vingt dernières années dans la connaissance de la cascade biologique de la maladie d'Alzheimer laissent espérer la mise au point, dans les années qui viennent, de médicaments interagissant à l'un des niveaux de cette cascade, qu'il s'agisse de la production excessive de peptide amyloïde ou de l'hyperphosphorylation des protéines tau par exemple. La démonstration de l'efficacité d'un médicament « physiopathologique » aura bien sûr des conséquences considérables dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Il y aura en effet une incitation forte à prescrire de tels médicaments le plus tôt possible, dès les premiers symptômes de la maladie. Il faut en effet savoir qu'aujourd'hui le diagnostic de maladie d'Alzheimer n'est fait que lorsque les patients ont atteint le seuil de la démence, c'est-à-dire plusieurs années après le début des premiers symptômes de la maladie. La nécessité d'un diagnostic plus précoce modifiera donc les stratégies actuelles. De nouveaux critères diagnostiques ont été proposés, qui permettent de reconnaître la maladie bien avant la démence. Il n'est pas exclu que, dans l'avenir, on cherche à identifier les lésions de la maladie même avant qu'elles ne soient symptomatiques. Il est maintenant établi que ces lésions débutent tôt dans la vie (probablement vers l'âge de 40 ans) et mettent, heureusement, plusieurs décennies avant de devenir symptomatiques. La mise au point de ligands radioactifs, permettant de visualiser *in vivo* les lésions de la maladie d'Alzheimer, peut-être à un stade présymptomatique, va certainement se développer dans l'avenir. Il sera alors possible de repérer les porteurs sains et leur proposer ces éventuels médicaments à venir. Cela n'est bien sûr que de la science-fiction, mais il faut également intégrer ce genre de données dans une réflexion globale sur l'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins.

En attendant l'arrivée, espérée, de ces médicaments physiopathologiques, comment progresser ? Par la prévention, c'est-à-dire par l'action sur des paramètres et des facteurs associés qui, par leur présence, contribuent



à l'expression plus précoce des lésions de la maladie d'Alzheimer. Si, nous l'avons vu, les lésions apparaissent tôt dans la vie, elles vont mettre plusieurs décades avant de s'exprimer et devenir symptomatiques. Il y a donc là une action possible sur le curseur de l'apparition des symptômes. À titre d'exemple, il a été démontré que le traitement de l'hypertension artérielle diminuait la fréquence de la maladie d'Alzheimer. On peut faire l'hypothèse qu'il ne s'agit pas d'un effet direct sur la maladie mais sur les conséquences de l'amélioration du lit vasculaire cérébral qui retarde alors l'expression d'une maladie d'Alzheimer par ailleurs présente. Cela ouvre tout un champ de réflexion concernant des possibilités d'intervention. La recherche de facteurs de risque modifiables est en effet un des enjeux majeurs de la recherche épidémiologique de la maladie d'Alzheimer. Il est actuellement dominé par des travaux de recherche sur les facteurs liés au mode de vie et sur les facteurs de risque vasculaire. Plusieurs études épidémiologiques ont

montré que l'alimentation, l'exercice cognitif, le maintien des activités sociales, voire même l'exercice physique pouvaient jouer un rôle significatif dans le maintien des facultés intellectuelles. Deux études d'intervention récemment publiées apportent des résultats encourageants. Elles montrent qu'un entraînement de la mémoire et d'autres fonctions cognitives chez les personnes âgées de 65 ans et plus permet de réduire la perte d'autonomie (étude « active ») et que la pratique régulière de l'exercice physique (comme la marche) améliore la cognition chez des sujets présentant une plainte mnésique subjective (étude FABF). Il faut aussi tenir compte de facteurs nutritionnels (alimentation riche en omega 3, en vitamines B12) et d'un contrôle rigoureux des facteurs de risque vasculaire.



# LA DÉPENDANCE ET LES PROGRÈS DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE

*Etienne Baulieu*

*Professeur au Collège de France*

**O**n ne sait pas à quel âge survient la dépendance, mais nous la redoutons tous. On ne sait pas si le cerveau, les muscles, le squelette ou d'autres organes seront atteints. Il n'existe pas de gène(s) de la dépendance qui soi(en)t directement « *time dependent* ». Qui ne souhaite reculer l'échéance ? Il faut « bouger », cérébralement et physiquement, mais on peut faire plus, et c'est l'enjeu de la recherche.

Le pire, le plus effrayant, c'est la dépendance d'origine cérébrale, conséquence d'une démence : sous ce nom, dont l'origine évoque littéralement la perte de l'esprit, on réunit toutes les conséquences d'un dysfonctionnement plus ou moins complexe du système nerveux central. Il empêche la relation aux autres et à l'environnement, les activités de tous ordres, la mémoire, la pensée, la compréhension et son expression verbale, et peut limiter ou supprimer les mouvements les plus fondamentaux, pour se mouvoir ou se nourrir par exemple.

La perte du seul fonctionnement somatique entraîne une dépendance que l'on peut qualifier de partielle : le cerveau fonctionne toujours. Cette difficulté corporelle peut être gravement pénalisante, incapacitante et/ou douloureuse, empêcher la marche, la vision, l'audition. Le traitement des altérations musculaires (dues à la sarcopénie), du système ostéoarticulaire et des fonctions sensorielles qui nous permettent la vie de relation relève des progrès médicaux de type classique, incitant à plus de recherches dont

certaines doivent être efficaces à relativement court terme. Les effets de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée, les substitutions hormonales, les progrès récents de la biologie associant la biochimie moléculaire et les méthodes relevant de la physique la plus avancée comme de la chirurgie actuelle devraient traiter les déficits corporels liés à l'âge, dont l'évolution naturelle ne nous surprend pas car, après tout, nous acceptons de courir moins vite à 50 ans qu'à 20, ou d'avoir une cataracte à 60 ans.

Rien n'est plus important que notre fonctionnement cérébral : ne plus comprendre ce qui se passe, perdre la mémoire, être en dépression permanente, ce sont plusieurs des formes de « démence », ce vocable réunissant ce qui résulte de pathologies cérébrales différentes, dont on décrit actuellement une vingtaine. Toutes entraînent la dépendance et ses conséquences dramatiques : perte de la qualité humaine (pour ne pas dire de la dignité de la personne), extrêmes difficultés affectives et matérielles pour l'entourage immédiat, sans compter les évolutions sociales et économiques affectant toute la société, y compris en restreignant les moyens que l'on voudrait consacrer aux tout jeunes.

Les progrès scientifiques ont permis et continuent à permettre une prolongation de la vie, et il est donc naturel de demander à la science d'en faire un bonheur pour tous les hommes, ce qui nécessite en priorité une recherche biomédicale adaptée.

Curieusement, et peut-on dire tristement, la nécessité de la recherche concernant cet énorme

problème ne semble pas comprise au niveau nécessaire. Ministres et agences scientifiques (y compris l'Agence nationale de la recherche justement créée pour se dégager des activités habituelles et aider à résoudre les nouvelles problématiques) n'ont pas su considérer le domaine du vieillissement comme une entité demandant un effort cohérent et coordonné. Pourtant, les besoins budgétaires sont minimes au regard du coût des dommages à éviter ou à traiter (pour ne parler que d'argent). À titre d'exemple, reculer de un an la dépendance de 10 % des malades français débutant avec une maladie d'Alzheimer ferait épargner 1 milliard d'euros, et il existe des voies de recherche qui doivent au moins permettre d'atteindre ce modeste objectif en deux ou trois ans pour un coût de 2 ou 3 millions d'euros par an. Contrairement à ce que l'on croit habituellement, les observations scientifiques contemporaines indiquent que le cerveau vieillissant n'est pas dépourvu de capacités permettant d'empêcher ou d'inverser des altérations survenant avec l'âge. Il faut les favoriser.

Je me permets de citer ci-après quelques travaux de mon laboratoire à titre d'exemples. Le domaine m'intéresse, bien que je ne sois initialement ni gériatre ni « *neuroscientist* » : mes recherches dérivent de nos résultats démontrant la fonction d'hormones que nous avons découvertes dans le système nerveux où elles sont actives (les « neurostéroïdes »).

1. La perte de la mémoire spatiale chez l'animal « normal » vieillissant peut être corrigée par un neurostéroïde déficitaire dans l'hippocampe (siège important du fonctionnement mnésique). Nous voulons – et pensons que nous pouvons – passer à une expérimentation chez l'homme ; et, avec le Dr. Yvette Akwa, nous étudions des composés candidats pour ce faire. Mais les moyens manquent...

2. Avec mon collègue Paul Robel, nous avons mis à jour un nouveau type de fonctionnement d'un neurostéroïde au niveau de ce qu'on appelle les microtubules, indispensables à l'activité des neurones, et qui sont lésés à la suite d'accidents brutaux du système nerveux. Le traitement, réussi chez l'animal, devrait maintenant être transféré à des maladies

cérébrales chroniques, notamment neurodégénératives, plus longues à étudier et au cours desquelles les microtubules des cellules nerveuses sont altérés. Il s'agit donc d'une intervention « généraliste » à tenter dans plusieurs maladies cérébrales, et peut-être même dans le cas du vieillissement cérébral normal au cours duquel on enregistre des altérations microtubulaires. 3. Récemment, en travaillant avec Béatrice Chambrud et Michael Schumacher sur une protéine de fonction inconnue mais abondante dans le cerveau et que nous avons clonée il y a plus de quinze ans dans le cadre de recherches hormonales, nous avons démontré une interaction avec la protéine « Tau », toujours anormale dans la maladie d'Alzheimer. Cette observation nous a ouvert une nouvelle voie de recherches qui pourrait être fructueuse dans des démences séniles dénommées « tauopathies » (maladies de la protéine Tau) qui, en plus de la maladie d'Alzheimer, réunissent une dizaine d'affections distinctes. Nous avons fait une demande ANR. Aboutira-t-elle au niveau nécessaire pour développer à fond un sujet nouveau ?

On le voit, même dans un laboratoire de dimension modeste et sans qu'il ait été initialement spécialisé dans le domaine, il y a des possibilités pour se battre contre la dépendance. Dans les trois cas<sup>1</sup> – le premier démontré et précis, le deuxième certain et à généraliser, le troisième débutant sans encore de certitude pour une thérapie –, on ne prétend pas découvrir à coup sûr « LA » cause ou « LE » traitement spécifique d'une maladie. Cependant, en cas de réussite, nous sommes certains que l'on peut faire reculer la dépendance.

Je veux remercier la Fondation du risque, et particulièrement Jean-Hervé Lorenzi, de me permettre d'attirer l'attention des lecteurs sur un problème à la fois évident et méconnu.

#### Note

1. La Fondation Vivre longtemps, abritée par la Fondation Caisses d'épargne pour la solidarité (9, avenue René Coty, 75014 Paris) peut recevoir les dons pour aider les recherches ; ils sont susceptibles de bénéficier des nouvelles déductions fiscales, y compris 75 % des versements ISF.

Site [www.institut-baulieu.org](http://www.institut-baulieu.org)

# LA PRÉVENTION TOUT AU LONG DE LA VIE

*Jean-François Toussaint*

*Haut conseil de santé publique*

**J**ean-Claude Ameisen, président du comité d'éthique de l'Inserm, a souvent coutume de dire que « *l'aide aux plus vulnérables est un état transitoire de réciprocité* ». Nous avons tous été dans un état de dépendance que la génération précédente nous a permis de franchir. Nous retournerons dans un état de dépendance, prélude à l'achèvement de notre vie, et nous compterons alors sur l'ensemble de nos proches pour nous accompagner dans ces derniers moments.

Dignité, empathie et dévouement doivent guider notre façon de considérer la vulnérabilité, la précarité, la dépendance et la fin de vie, quel qu'en soit l'âge. Ces valeurs propres à chacun ne sont pourtant pas partagées au même degré par tous. L'espèce humaine s'est développée de petits groupes en petits groupes. Au-delà de ses liens génétiques, elle a tissé ses réseaux, complexes, d'interaction sociale. Elle marque son attachement au groupe et à sa hiérarchie et se distingue par sa capacité d'aider et de soutenir ses sujets les plus vulnérables, parfois au-delà du raisonnable ; c'est l'un des thèmes importants abordé par la loi Leonetti.

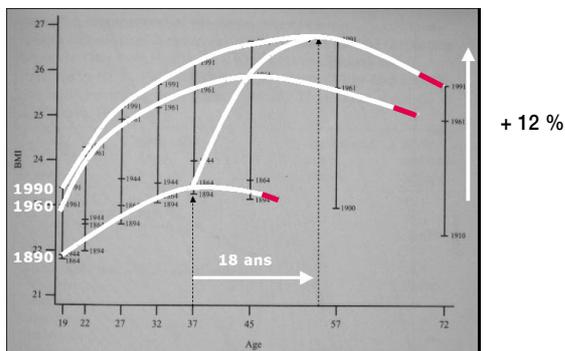
Dans la réponse à la question posée lors de la leçon inaugurale – « La progression absolue du nombre de personnes âgées est-elle proportionnelle à l'augmentation de la population ? » –, l'âge de la dépendance dans le cycle de la vie reste l'élément primordial. L'accroissement de l'espérance de vie est un privilège de nos sociétés développées. Il se mesure

géographiquement dans les sociétés en développement à proportion de leur croissance économique. Le premier groupe des pays développés sera suivi plusieurs décennies plus tard par le groupe des Brics (Brésil, Russie, Inde, Chine). L'Inde affiche, cinquante ans après la France et la Grande-Bretagne, la même vitesse de croissance. On verra, selon les circonstances économiques, si elle rejoint le groupe des premiers ou comment se situent les reculs de croissance. Au sein d'un même pays, l'espérance de vie s'accroît historiquement d'abord dans les catégories sociales favorisées, puis dans les catégories sociales moins favorisées. De même, il existe une évolution parallèle entre l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation de la durée de vie sans incapacité.

Cependant, en ce qui concerne l'espérance de vie à la naissance, son augmentation commence à ralentir vers la fin du XX<sup>e</sup> siècle. Les progrès majeurs se sont faits au XX<sup>e</sup> siècle, par l'accroissement de l'offre alimentaire puis par l'hygiène : il s'agit, au même titre que la transition démographique, d'une transition sanitaire qui nous fait passer des maladies infectieuses aux maladies dégénératives, cardiovasculaires et neurodégénératives.

Lorsque les sociétés progressent dans le soin et la prévention, elles repoussent la dépendance en même temps que s'allonge la durée de vie. Le graphique suivant page 56 montre la croissance du BMI (*body mass index*) et la place de la dépendance (en rouge) entre 1890 et 1990).

### Transition Nutritionnelle



Croissance du « Body Mass Index » à tous les âges sur un siècle (G.B)

Ces trois courbes montrent l'évolution du BMI sur un siècle, avec une prolongation importante de l'espérance de vie. L'indice de masse corporelle présenté ici en ordonnées va progressivement croître parallèlement à l'augmentation de l'espérance de vie. On est toujours au maximum de son poids corporel aux trois quarts environ de sa durée de vie. La dépendance (en rouge) suit une progression comparable, qui représente les 2 derniers pour cent de la vie. Comment progresser en ce domaine ?

### ESPÉRANCE ET QUALITÉ DE VIE

Mode de vie « sain »

1. Pas de tabac
2. Peu d'alcool
3. Fruits et légumes
4. Activité physique

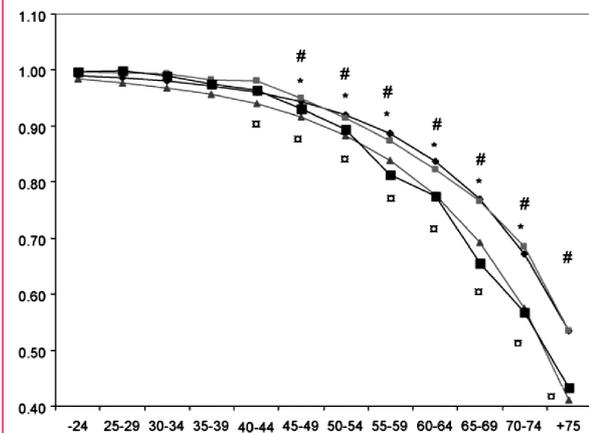
+ 14 ans d'espérance de vie

La réduction du tabagisme, renforcée récemment par son interdiction dans les lieux publics, en est un premier facteur ; la réduction de la consommation d'alcool un deuxième. La consommation de fruits et de légumes et l'activité physique ferment le carré des quatre principes de cette équation. Kay Tee Khaw a publié en 2008 dans *PLoS Medicine* l'écart très important, en termes d'espérance de vie (quatorze années), entre ceux qui n'adoptent aucune de ces

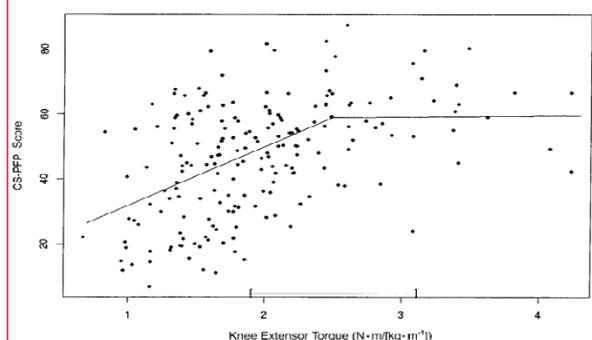
pratiques préventives et ceux qui les réunissent toutes. Voir tableau ci-dessous. L'impact de l'hygiène de vie sur les facteurs de risques vasculaires est, on le voit, très net ; d'autant que, sur les trente années qui viennent de s'écouler, la létalité dans ce domaine a diminué de 50 % dans notre pays. La prévention de la morbidité prématurée s'inscrit également par rapport à l'ensemble des programmes sur le bien vieillir et aux différents plans de santé publique proposés, tels que le PNAPS (Plan national de prévention par l'activité

### Âge et capacité physiques

Performance



### Force et dépendance



physique ou sportive), remis à Mme Bachelot.

On y décrit une série de situations qui permettent, en toute sécurité et de façon très accessible aux seniors, dépendants ou non, l'amélioration de la mémoire, l'entretien des capacités cognitives, la pré-

vention cardiovasculaire, la prévention des chutes (causes de 8 000 à 9 000 morts par an) ou celle des troubles respiratoires. Il existe donc de très nombreux domaines dans lesquels on peut agir, permettant ainsi de restaurer une condition physique dont on voit

l'effet sur les indicateurs de la dépendance (score CS-PFP de dépendance en fonction de la force des muscles extenseurs de la cuisse) ; cela avant d'utiliser l'arsenal préventif pharmacologique de l'hypercholestérolémie par les statines ou de l'hypertension par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion.



Quel sera l'impact de la crise sur les vulnérabilités et sur les solidarités, compte tenu du coût actuel estimé à 16 milliards d'euros et des difficultés de certains acteurs de ce domaine ? C'est là le problème principal ; et les réponses apportées, selon l'intensité de la récession, nous donneront le cadre et les marges de manœuvre pour les actions à venir. Quoi qu'il en soit, il paraît essentiel à ce stade de renforcer les messages de respect de l'autre, de don de soi, même en pleine conscience de notre finitude. Rappelons ici les paroles de Thomas Eliot : « *La fin, c'est l'endroit d'où nous partons.* »

# PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE PAR L'ACTIVITÉ DES SENIORS

*Françoise Forette*

*Hôpital Broca, Université Paris V*

*Directrice de la Fondation nationale de gérontologie*

**N**ous ne savons pas jusqu'où prévenir la dépendance, mais nous savons que nous avons un grand champ de progrès étant donné les moyens dont nous disposons à l'heure actuelle, déjà mentionnés, et les moyens que nous aurons dans le futur, auxquels Bruno Dubois faisait allusion.

Bruno Dubois disait qu'une petite fille qui naît aujourd'hui et va vivre jusqu'à 90 ans a 40 % de risque de développer la maladie d'Alzheimer toutes choses égales par ailleurs. Mais elle aura 90 ans dans quatre-vingt-dix ans. Alors, si l'on considère les progrès médicaux de la deuxième partie du XX<sup>e</sup> siècle, il est peu probable que cette petite fille connaisse ce même taux de risque dans quatre-vingt-dix ans.

Quelques principes simples sur la prévention de la dépendance. D'abord, le mot « dépendance » n'existe qu'en français. Vous ne pouvez pas parler de « *dependency* » en anglais, ni même de « *lost of autonomy* ». Le terme « d'assurance dépendance », pas bien compris non plus, est remplacé par celui de « *long term care insurance* » correspondant au besoin de soins et non pas à l'état de dépendance.

L'âge n'est jamais responsable en soi de la dépendance. Le très grand âge peut être responsable de fragilité, mais pas de dépendance. Celle-ci est toujours liée à une maladie. Certes, les maladies augmentent avec l'âge ; il y a une augmentation d'incidence et de prévalences. Pour cela, nous les appelons « maladies liées à l'âge », mais la dépendance est liée à la maladie. C'est non seulement un point de vue pragmatique, c'est un concept important à l'aide duquel nous essayons de réfléchir au financement de la dépendance qui sera l'objet de la dernière table ronde.

La prévention repose sur l'hygiène de vie, évoquée par Jean-François Toussaint. Effectivement, l'éradication des facteurs de risques liés à la maladie par l'hygiène de vie permet le traitement précoce d'un certain nombre d'entre eux, voire même le traitement de maladies : le traitement précoce d'un diabète permet d'éviter un certain nombre de complications qui sont sources de dépendance.

Autre principe important : la prévention doit être

## Quelques principes de prévention de la dépendance

- L'âge n'est jamais responsable de dépendance, le très grand âge peut être responsable de fragilité
- La dépendance est toujours liée à la maladie
- Sa prévention repose sur l'hygiène de vie et l'éradication des facteurs de risque de maladies
- La prévention doit être mise en œuvre tout au long de la vie
- Elle doit combattre les inégalités majeures
- Elle doit être développée dans les entreprises, prises comme un milieu de vie
- Elle est consubstantielle de l'activité et de sa prolongation

mise en œuvre tout au long de la vie, comme il sera démontré. Elle doit combattre les inégalités majeures. Il était tout à l'heure question de précarité : il est vrai que nous avons en France des inégalités majeures en termes d'état de santé. La prévention doit donc être développée dans tous les milieux : à l'école, à l'université, mais aussi dans les entreprises, qui constituent un milieu de vie. Elle passe aussi par un prolongement de l'activité, facteur d'une indéniable importance.

**La population française des seniors :  
6,6% de personnes dépendantes de plus de 60 ans  
(Insee – HID study – GIR 1-4)**

Âge	Homme	Femme	Total
60-69	2.19	1.95	2.06
70-79	4.99	4.35	4.65
80-89	13.40	19.85	17.69
+ 90	29.31	46.45	42.55
Total	5.00	7.80	6.63

Par ailleurs, il faut quelque peu dédramatiser la dépendance. Il y environ 1 million de personnes dépendantes, bénéficiaires de l'APA et, si l'on regarde les pourcentages par classe d'âge (donnés par l'étude HID, déjà un peu ancienne), on voit que 2 % des personnes âgées de 60 à 69 ans sont dépendantes.

C'est intéressant, car c'est la tranche d'âge qu'il serait souhaitable de voir davantage en activité. Il reste donc 98 % de personnes qui ne peuvent pas invoquer une raison de santé pour ne pas travailler. Parmi l'ensemble de la population de plus 60 ans, jusqu'à 110 ans, seulement 7 % est dépendante. 93 % de la population ne l'est donc pas. Si l'on regarde la dernière colonne du tableau, on constate que malheureusement la dépendance augmente dans la tranche d'âge de 70 à 79 ans, sans toutefois être très importante (moins de 5%). Il est vrai que le problème se pose après 90 ans (42 %). C'est en retenant ce dernier chiffre que les statisticiens parlent, d'une façon générale, de 40 % de risque de devenir dépendant ; mais ce n'est pas sûr : on peut mourir avant.

**La prévention doit être enseignée  
et appliquée tout au long de la vie**

- Maladies cardio-vasculaires
- Accidents vasculaires cérébraux
- Démences (Alzheimer's disease)
- Cancers
- Arthrose et ostéoporose
- Problèmes orthopédiques (fractures)
- Troubles sensoriels (vision et audition)
- Dépression
- Troubles nutritionnels

La prévention sera magnifiée grâce aux progrès en cours  
(thérapie cellulaire, puce à ADN, biotechnologies...)

**Il n'est jamais, ni trop tôt ni trop tard**

La prévention doit être enseignée et appliquée tout au long de la vie. Parmi toutes les maladies responsables de la dépendance, il est vrai que la maladie d'Alzheimer arrive en tête. Cependant, les autres doivent être prévenues dès le plus jeune âge. C'est avant 20 ans que l'on préserve ses coronaires : il faut donc lutter contre le tabagisme des jeunes et l'obésité de l'enfant. C'est avant 20 ans que l'on prévient l'ostéoporose et les fractures en constituant son capital osseux (le capital osseux et musculaire est constitué avant l'âge de 20 ans) : il faut donc promouvoir l'activité physique des jeunes ; il faut aussi veiller à un apport de calcium suffisant. C'est avant 20 ans que l'on prévient la cataracte précoce en empêchant les enfants de skier sans lunettes. On pourrait multiplier les exemples. Cela ne veut tout de même pas dire que si l'on ne l'a pas pris ces précautions avant 20 ans on est au-delà des possibilités de prévention. Reprenons l'exemple des maladies cardiovasculaires : si l'on traite l'hypertension artérielle, on réduit de 40 % l'incidence de ces maladies, de 30 % l'incidence des accidents cardiovasculaires cérébraux, de 30 % l'incidence des infarctus du myocarde et de 50 % l'incidence des démences. La prévention se fait donc tout au long de la vie : il n'est jamais trop tôt mais il n'est jamais trop tard.

La prévention, en particulier en entreprise, doit permettre de réduire les inégalités sociales majeures.

**La prévention, en particulier en entreprise, doit permettre de réduire les inégalités sociales majeures**

**Espérance de vie à 35 ans**

CSP	Hommes	Femmes
Cadres, professions libérales	46	50
Ouvriers	39	47
Δ En années	7 ans	3 ans

Insee Première n° 1025 - juin 2005

Prenons un simple exemple : l'espérance moyenne de vie à 35 ans pour les hommes. Nous voyons qu'il y a sept ans de différence entre les cadres et professions libérales, qui ont 46 ans à vivre, et les ouvriers qui n'ont que 39 ans. C'est une différence énorme. Les femmes sont un peu mieux protégées et résistent au désavantage lié à la catégorie socioprofessionnelle.

Ce sont des inégalités sur lesquelles il faut réfléchir car loin de diminuer grâce aux moyens modernes de prévention dont nous disposons, ces différences entre les différentes catégories socioprofessionnelles s'accroissent. Les projets du Haut Conseil en la matière sont à examiner. Les campagnes de l'INPES sont en général excellentes, mais elles ne sont peut-être pas reçues de la même façon par les différentes catégories socioprofessionnelles, d'où la nécessité de la prévention en entreprise. La Fondation nationale

**La prévention doit être mise en œuvre dans les entreprises**

L'Étude « Entreprise en Bonne Santé » (ILC, en cours) est un projet de recherche qui vise à démontrer aux employeurs et aux pouvoirs publics qu'un programme de prévention de la santé effectué en entreprise peut :

- accroître la culture sanitaire
- changer les comportements
- améliorer ainsi le bien-être et l'efficacité du personnel aussi bien chez eux que sur leur lieu de travail
- changer l'image de l'entreprise

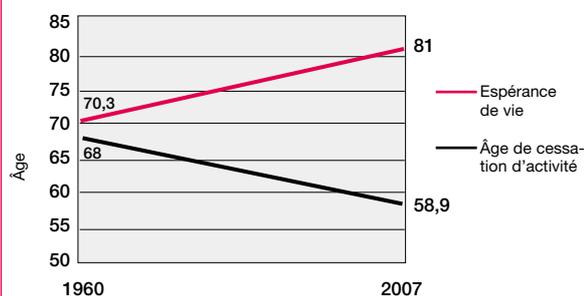
**A terme labelliser les entreprises :  
« Entreprises en bonne santé »**

de gérontologie travaille actuellement sur un projet de recherche visant à démontrer aux employeurs et aux pouvoirs publics qu'un programme de prévention de la santé effectué en entreprise permet d'accroître la culture sanitaire. Changer les comportements améliore le bien-être et l'efficacité du personnel et change l'image de l'entreprise. Car si pour l'instant nous nous apprêtons à traverser une période de chômage important, dans quelques années nous connaissons probablement une pénurie de personnel, et les entreprises devront tout faire pour le garder.

Il serait souhaitable, à terme, de labelliser les entreprises : celles qui engagent des programmes de prévention en leur sein pourraient être labellisées « entreprise en bonne santé ». Ce projet sera soumis aux pouvoirs publics qui s'intéressent beaucoup à une telle initiative.

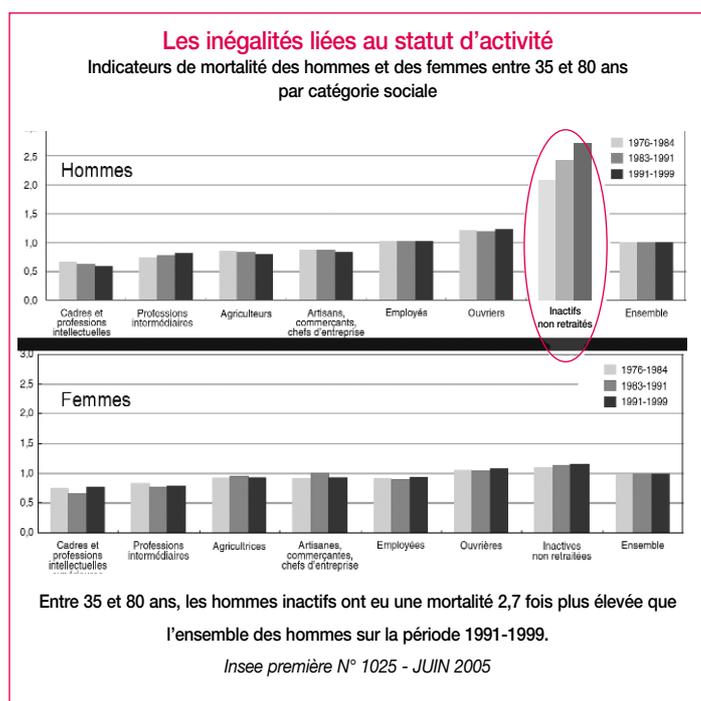
**Prévenir, c'est aussi promouvoir l'activité**

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter  
L'âge de cessation d'activité professionnelle continue à baisser



Prévenir, c'est promouvoir l'activité, comme déjà mentionné. En effet, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter (voir la courbe rouge), alors que l'âge de cessation d'activité professionnelle (voir la courbe noire) continue de baisser : on constate une divergence des courbes, éclatante et typiquement française. Comment faire pour pallier cela ?

On remarque, là encore, les inégalités liées à la catégorie socioprofessionnelle – la mortalité est plus basse chez les cadres et augmente jusqu'aux ouvriers –,



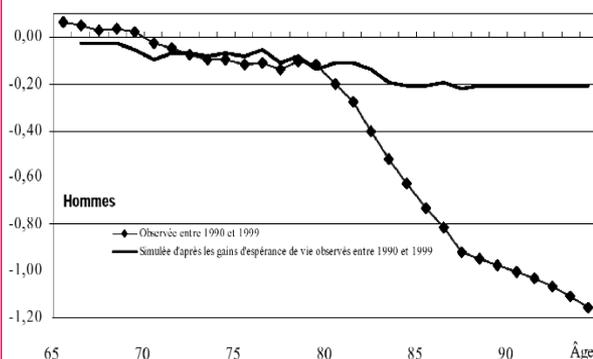
mais c'est surtout le statut d'activité qui constitue le meilleur indicateur de mortalité. De 35 à 80 ans, la mortalité est trois fois supérieure chez les personnes inactives, quelle que soit la cause de l'inactivité. Bien sûr, le raisonnement peut être circulaire : quand on est malade, on n'a pas d'activité. Cependant, cela n'explique pas un tel écart entre les taux de mortalité.

**Le taux d'emploi des 55-64 ans reste très en deçà de la moyenne EU**

	en %	1996	2007	Δ en%
Allemagne		37,9	51,5	13,6
Espagne		33,2	44,6	11,4
<b>France</b>		<b>29,4</b>	<b>38,3</b>	<b>8,9</b>
Irlande		39,7	53,8	14,1
Italie		28,6	33,8	5,2
Royaume-Uni		47,7	57,4	9,7
Suède		63,4	70	6,6
UE (15 pays)		36,3	46,6	10,3

[www.insee.fr/fr/ffc/figure/CMPECF03159.xls](http://www.insee.fr/fr/ffc/figure/CMPECF03159.xls)

**Baisse annuelle des taux de prévalence de la dépendance lourde à chaque âge entre 1990 et 1999**



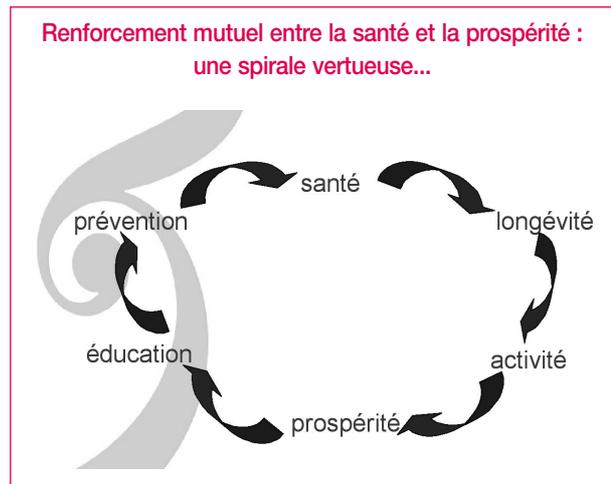
DREES - Etudes et Résultats N° 160 - Février 2002

Malheureusement, en France, les taux d'emploi sont catastrophiques – 38 % seulement chez les 55-64 ans – lorsqu'on les compare à ceux d'autres pays, bien supérieurs : 70 % en Suède, 51 % en Allemagne, 46 % en moyenne dans l'Union européenne. Il est évident qu'il faut remédier à cela. Pour les plus de 60 ans, c'est encore pire : 7 % des hommes et 4 % des femmes sont au travail après 60 ans, alors que c'est probablement le meilleur moyen de conserver ses fonctions cognitives et son activité générale. C'est aussi probablement le moteur de longévité en bonne santé le plus puissant. Sans compter les avantages économiques qui en résultent.

La prévention de la dépendance donne des résultats. On le constate sur le graphique ci-dessus, pourtant déjà ancien (il serait d'ailleurs intéressant que la Drees réactualise ce type d'étude). On peut voir en trait plein, en haut, la baisse annuelle des taux de prévalence de dépendance lourde, pour chaque âge de 1990 à 1999. C'est la courbe extrapolée. On voit aussi la courbe observée, avec des carrés, qui montre que la dépendance diminue beaucoup plus vite que prévu : c'est l'effet de la prévention. Cela montre à quel point il est important de la promouvoir.

La clé de la prévention de la dépendance, c'est d'entrer dans une spirale vertueuse, qui commence

avec l'éducation. En effet, lorsqu'on voit la réduction de la mortalité depuis trente ans en Europe, on constate que le niveau socioéconomique entre en ligne de compte pour 20 %, ce qui montre que c'est un facteur de poids. Par ailleurs, l'éducation des femmes, c'est-à-dire des mères de famille – on pourrait d'ailleurs maintenant parler d'éducation des jeunes parents – l'explique à 30 %. Les 50 % restants sont dus aux progrès scientifiques et médicaux. L'éducation et la prévention sont donc très importantes : l'éducation promeut la prévention, la santé, la longévité, l'activité et la prospérité – objectifs qui seront au bénéfice de tous.



# VIVRE N'A PAS D'ÂGE !

*Guy Vallancien*

*Professeur d'urologie à l'Université Paris-Descartes*

*Président du cercle Santé société*

L'image négative d'une vieillese « naufrage » serait-elle la seule à garder dans nos esprits avec sa conséquence sociale dramatique : un désintérêt de la nation envers celles et ceux qui l'on fait vivre et croître pendant des années ? On a trop parlé des Trente Glorieuses de l'après Seconde Guerre mondiale jusqu'au premier choc pétrolier, époque dite facile, sans se souvenir des choix et des risques pris tant en Indochine qu'en Algérie, ou des dangers d'un communisme planétaire qui s'est écroulé il y a vingt ans à Berlin. L'histoire et ses convulsions font que les générations montantes auront toujours l'obligation morale d'assurer la dignité personnelle de leurs parents et grands-parents jusque dans leur vie la plus intime, ne serait-ce que par simple reconnaissance. La société entière ne peut délaissier ses anciens, trésors de mémoire et de sagesse. On refuse trop d'avoir à connaître les drames des personnes âgées devenues démentes dont les familles ne savent plus que faire et qui agonisent dans des mouiroirs sordides. On ne veut pas non plus saisir la formidable opportunité qui nous est offerte de parier sur le vieillissement comme un moteur de recherches et de croissance depuis la médecine jusqu'à la domotique. Ce qui est vieux ne sert plus à rien et se jette, donc pourquoi s'en préoccuper ? Or, moralement et économiquement, nous devons relever ce défi de la vieillese et de la dépendance qui l'accompagne. En consacrant demain les moyens financiers nécessaires à un avenir meilleur pour ces hommes et femmes qui

nous élevèrent, nous éduquèrent et nous protégèrent souvent du mieux qu'ils purent, nous ferons œuvre utile sur tous les plans. Les Japonais l'ont compris depuis longtemps.

Faut-il considérer qu'il existe un risque réel de fracture générationnelle à faire supporter ces inactifs par les jeunes ? À le répéter haut et fort on peut créer l'événement alors que de nombreux signes, sur lesquels nous reviendrons, plaident heureusement pour le contraire. Peut-on connaître une vie heureuse en prenant de l'âge ? Ou sommes-nous condamnés, hormis quelques personnes riches et bien entourées, aux mouiroirs indignes déjà mentionnés ? Jusqu'à quel point peut-on supporter d'entretenir médicalement des hommes et femmes sans plus de contacts relationnels ? Autant de questions graves que nous ne pourrons éluder longtemps.

Globalement, les Français vivent de plus en plus longtemps et vieillissent de mieux en mieux, nul ne peut le contester. Le temps passé à la « retraite » – ce terme horrible, les Espagnols l'appellent d'un autre joli mot : la « jubilation » – s'allonge pour atteindre les trente ans, soit un tiers de la vie humaine de demain. Mais qui jette les hommes dès 55 ans hors du monde du travail, sans que cela ne favorise l'emploi de jeunes, qui refuse des travaux à temps partiel, des tuteurages ou des actions mêmes très simples qui maintiendraient les personnes âgées dans

le tissu social et économique ? Avant de nous occuper des malades atteints par les différentes affections neurologiques dégénératives qui les isolent, prévenons ces altérations cérébrales progressives par une excitation neuronale permanente. Être présent au monde est pour les personnes âgées la priorité des priorités. Leur utilité est facteur de fierté et de jouvence, leur inutilité, le début de la déchéance. Nous devons changer notre vision de la vieillesse, considérée actuellement comme un poids inadmissible dans une société atomisée où l'individu roi ne se préoccupe que de son esthétique et de ses petits plaisirs.

Voici cinq réflexions rapides et dans le désordre qui alimentent le débat sans qu'il n'y ait forcément de lien entre elles.

Le premier thème a trait à un véritable tabou sociétal aujourd'hui vécu comme presque immoral : les personnes âgées ne doivent plus avoir de vie sexuelle ! C'est considéré comme une offense à la beauté et la jeunesse. Si tous les mariés de la terre étaient jeunes et beaux cela se saurait. Le temps est révolu où nos grand-mères portaient des petits rubans de soie ou de velours autour du cou indiquant qu'elles renonçaient aux plaisirs du sexe. Aujourd'hui, chaque jour de ma consultation médicale me fait découvrir des couples qui se forment et se reforment à 75 ou 80 ans, voire plus ! Veufs et veuves, personnes divorcées ou simplement séparées retrouvent une compagne ou un compagnon pour vivre des moments heureux. Cela ne choque que les grincheux qui n'ont pas la chance de revivre ces moments d'amour et de joie partagée. S'il arrive que la différence d'âge entre les deux soit parfois importante, les mêmes aigris s'offusquent au nom de la morale étriquée qui leur sert d'alibi pour vivre. La ménopause n'est qu'une étape que les femmes supportent de mieux en mieux en raison des possibilités de substitution hormonale et l'andropause peut survenir très tard, voire jamais ! Les rapports amoureux des personnes âgées ne se bâtissent pas systématiquement comme ceux de leurs années de jeunesse. Il y a d'autres formes de reconnaissance amoureuse et de tendresse que les couples âgés inventent pour leur

bonheur. Laissons-les en paix, respectons-les au lieu de les moquer voire de les blâmer.

Le deuxième thème a rapport à une épouvantable habitude : l'infantilisation des personnes âgées dont les fonctions cognitives et relationnelles sont amoindries par la surdité et la baisse de la vision. Puisqu'on considère qu'elles deviennent « gâteuses » on leur parle en petit nègre. Un peu de respect et de décence : cette façon détestable de s'adresser à une personne très âgée, qu'il s'agisse de la famille, des personnels soignants ou des commerçants par exemple, en lui parlant comme à un enfant, par phrases répétitives, en utilisant diminutifs et mots du premier âge, attriste considérablement celles et ceux qui sont l'objet de cette véritable discrimination dont on tait la fréquence et la violence psychique. Souvent, les personnes très âgées n'ont pas la force de réagir sèchement à cette dépossession de leur être, mais elles ne sont pas dupes. Elles en souffrent en silence et se confient dans le secret de nos consultations. La dignité d'un être humain passe par la reconnaissance de son rôle et de sa fonction. Les vieux sont nos mémoires et leur sagesse est considérable, ce que les sociétés traditionnelles ont bien compris et su conserver. Le jeunisme actuel est un poison pour les adolescents comme pour les vieux. Les premiers ont le droit à tout, tout de suite et sans raison, ce qui les rend blasés bien avant l'âge, tandis que les seconds n'ont le droit à rien si ce n'est de se taire, cruauté inadmissible.

Le troisième thème concerne la prétendue fracture générationnelle qui fait les délices de certains philosophes et sociologues en vue. Il faut dire et répéter que les enfants sont en majorité extrêmement attentifs à ce qu'il advient de leurs parents et grands-parents. Ce sont ces mêmes enfants qui les accompagnent chez le médecin pour ensuite leur expliquer les décisions prises et les traitements à suivre. Ce sont eux qui les prennent à domicile le temps d'une réhabilitation après une opération. Ces solidarités familiales innombrables démentent les cassandres du risque intergénérationnel. Bien sûr, nos enfants travailleront chacun pour un oisif – ah, le vilain mot lâché. Mais sait-on que cet oisif retraité est beaucoup

plus actif qu'on ne le pense, car il est facteur d'une économie sociale considérable, par l'aide qu'il offre à ses enfants et petits-enfants (argent, vacances, éducation...) et à d'autres jeunes ou vieux dans le cadre des innombrables associations où il travaille. Quels économistes ont réellement calculé ou au moins modélisé cette économie « off » qui inonde le pays de ses bienfaits ? Qui comprend que la pose d'une prothèse de hanche fait revivre un senior parce qu'il remarche et redevient utile au lieu de se traîner avec sa canne ? Utile, voilà le mot-clef qui détermine la frontière entre les personnes encore capables d'être au monde dans une relation cognitive intacte et celles qui ne peuvent plus communiquer ou trop rarement. Mais chez les premières, certaines souffrent de ne plus être considérées comme utiles et entrent en dépression chronique. On les abrute alors de médicaments qui les enfoncent dans une dépendance accélérée avec les complications iatrogènes qui s'ensuivent. Les protocoles d'essais thérapeutiques limitent toujours l'âge d'inclusion des malades ; or, ce sont les plus âgés qui sont les plus consommateurs, souvent par ordonnances médicales surchargées au-delà du raisonnable. Il suffirait parfois simplement d'éliminer le ou les produits responsables (les interactions sont fréquentes et perverses) pour voir la personne âgée littéralement revivre, revenir au monde comme une fleur desséchée que l'on arrose et qui se redresse pour éclater de toutes ses couleurs.

Le quatrième thème a trait à la politique d'aménagement du territoire : pourquoi avons-nous bâti les hôpitaux d'aigus (obstétrique et chirurgie surtout) au cœur de villes et laissé les maisons de retraite et hôpitaux de chroniques à la campagne ? L'histoire hospitalière est issue de celle des hospices du Moyen Âge. Ce schéma qui prévaut encore aujourd'hui est totalement à revoir. Des créations d'hôpitaux d'aigus se font heureusement (mais à dose filée) entre deux villes espacées d'une trentaine de kilomètres, aux carrefours des routes qui relient ces villes et villages. Les maires acceptent alors de transformer leur propre hôpital en maison de retraite et en plate-forme de proximité. Les maisons de retraite dans les grands et beaux parcs ennuyeux des campagnes vides accélèrent

la dépendance en quelques semaines pour celles et ceux qui y entrent. Ils perdent alors tout contact avec le monde et se recroquevillent dans cet univers sordide où le respect humain n'est pas toujours la vertu cardinale.

La meilleure prévention de la dépendance est l'« électricité de la vie » : le contact entre générations. Multiplions les maisons de retraite dans les villes de moyenne importance, près des commerces où les personnes âgées encore valides pourront faire leurs emplettes ; créons des foyers de jeunes étudiants qui habitent les étages et dont le rez-de-chaussée serait réservé aux anciens. Une obligation pour les étudiants de passer, ne serait-ce que quelques minutes par jour, pour prendre un café ou lire un journal avec une personne âgée, aurait deux impacts majeurs : retarder l'enfoncement dans la dépendance aggravée pour les seniors et faire prendre conscience aux juniors de l'incroyable bibliothèque vivante que représentent leurs aînés.

Le cinquième et dernier thème abordé dans ce texte portera sur l'urgence de s'intéresser à cette nouvelle économie de la personne âgée et d'y investir massivement pour les raisons suivantes :

1. Le manque de personnel qualifié dans la prise en charge de la vieillesse et de la dépendance est criant. On fait souvent appel à des auxiliaires de vie sans formation. Ce sont des milliers de nouveaux métiers à créer, entre l'assistance sociale, les infirmières, les kinésithérapeutes, les orthoptistes, les audioprothésistes, les diététiciens, les auxiliaires divers, les éducateurs thérapeutiques, les spécialistes de la prévention... Bref, une myriade de compétences qui se traduiront en centaines de milliers d'emplois au service de ceux qui nous ont permis d'être ce que nous sommes.

2. Le risque de délocalisation est nul dans ce type d'économie de la personne et de service. C'est même un bon moyen de canaliser l'immigration dans des métiers à la qualification de base assez simple, où les personnes venues d'ailleurs se révèlent souvent remarquables, et qui constituent un possible ascenseur social rénové.

3. Les procédés d'aide à la personne se multiplient pour les seniors, depuis Internet jusqu'à la robotique et la domotique. Un tel marché en expansion incitera par exemple les constructeurs d'ordinateurs et de téléphones à adapter leurs appareils aux seniors (grosse touches, fonctions de base uniquement nécessaires). Les technologies nouvelles permettront à un malade âgé d'être suivi à distance par une équipe médicale.

Internet est un extraordinaire outil de recul de la déchéance intellectuelle. C'est un lien social unique, beaucoup moins froid que ne le prétendent les détracteurs de la modernité. Nous avons l'exemple des consultations médicales sur le Web qui nous montrent combien la relation entre médecin et malade peut être chaleureuse même à distance.

Éducation, jeux, échanges, blogs et forums, tout est possible.

Ce nouveau marché de l'informatique et de la robotique, que l'on croyait réservé aux jeunes, sera celui des plus âgés. Il emploiera de plus en plus d'ingénieurs et de techniciens, et la mise à disposition des appareils rapprochera les seniors des juniors qui leur apprendront comment jouer avec la souris et se connecter avec d'autres, voir des films commandés, jouer aux dames ou aux échecs, au bridge ou à la belote à distance, ou encore entrer dans une bibliothèque virtuelle.

Finalement oui, la vie n'a pas d'âge ! Osons investir dans l'économie du grand âge. C'est à la fois notre devoir et notre chance de pays économiquement avancé.

# CONCLUSION

*Marie-Ève Joël*

*Professeur à l'Université Paris-Dauphine*

**L**a synthèse est difficile, car nous savons encore peu de choses sur le sujet et beaucoup de travail reste à faire. La dépendance recouvre des pathologies à l'origine d'incapacités et qui nécessitent des soins de long terme. Ces soins sont dispensés par des professionnels ou par la famille, dans un environnement qui peut constituer un élément déclencheur ou accélérateur de facteurs de dépendance. Cette question de définition, déjà abordée par Françoise Forette, est donc complexe.

En termes d'approche, le premier regard s'attache aux causes médicales, afin de prévenir ou retarder la venue des pathologies telles que l'arthrose, la dégénérescence neurologique ou les pathologies cardiaques. Dans ce sens s'inscrit l'intervention de Bruno Dubois qui indique les progrès déjà accomplis. Dans cette logique s'inscrivent également des considérations d'hygiène que nous a présentées Jean-François Toussaint, portant sur le tabac, l'alcool, l'activité physique, la consommation de fruits et légumes ; se rapporte également l'idée que cette prévention doit se faire tout au long de la vie. Il en va de même de la question de l'emploi : on ne peut pas la traiter uniquement sous l'angle des seniors. On doit donc s'attacher à l'emploi tout au long de la vie, à la prévention tout au long de la vie.

La deuxième approche s'intéresse à l'environnement et consiste à porter son regard sur la fragilité de la personne âgée dans son environnement sanitaire,

social et domestique. On va alors essayer, par des modifications de cet environnement, d'éviter les situations de décompensation, c'est-à-dire les situations dans lesquelles l'environnement pourrait être un facteur aggravant ou déclencheur de certaines incapacités. Les interférences entre l'environnement et l'état de santé de la personne sont ici au premier plan.

L'environnement peut être sanitaire et concerner le parcours de soins. C'est un point sensible. Il importe que la situation de dépendance ne s'aggrave pas au cours du parcours de soins. Bien des choses ont été dites sur le fait qu'il fallait former les généralistes, les aides-soignants, qu'il fallait mieux soigner les personnes âgées. Par exemple, certaines expériences de téléprésence commencent à se développer pour permettre à des établissements qui n'ont pas de spécialistes de disposer de leurs compétences. Des réflexions sont faites sur le bon moment du diagnostic, sur les épisodes de crise et leur gestion. Les services d'urgence sont sensibles au fait qu'il ne faut pas garder trop longtemps les patients atteints de dégénérescences neurologiques, afin de ne pas détériorer sérieusement leur situation. Les épisodes de retour au domicile, d'usure des aidants, les cas de prise de médicaments inadéquats doivent être pris en compte... On commence à savoir comment améliorer l'environnement sanitaire de la population en situation de dépendance, quelles sont les bonnes pratiques, ce qui ne signifie pas que ces bonnes pratiques sont mises en œuvre partout.

Il y a l'environnement social, ensuite. Il est clair que la socialisation est un élément fort de la prévention, nous l'avons bien compris durant la canicule. Cette socialisation passe entre autres par le travail. Le travail, c'est la santé et, comme Françoise Forette nous l'a expliqué, c'est un bon moyen de prévenir la dépendance.

L'environnement domestique enfin, évoqué par Guillaume Sarkozy. Construisons des appartements répondant à des normes qui conviennent à tous les âges de la vie, non seulement jusqu'à 40 ans (quand on peut encore se faufiler par de petites portes ou monter des escaliers étroits et abrupts), mais jusqu'à 90 ans, en s'alignant sur les normes japonaises. Pourquoi ne prévoirait-on pas systématiquement des barres d'appui, plutôt que d'attendre que les occupants aient atteint un certain âge pour s'en préoccuper et les installer dans l'urgence ? Nous savons bien que dans tous les logements ces barres peuvent être nécessaires. L'environnement domestique, c'est aussi des maisons de retraite au centre-ville, ce qui favorise une socialisation accrue.

Au-delà de l'environnement sanitaire, social et domestique, il faut aussi s'interroger sur les comportements de prévention des personnes âgées elles-mêmes. La littérature économique et socio-économique sur ce sujet montre que la prévention s'accroît avec le niveau d'éducation, d'études et de revenus ; que les comportements de prévention se développent avec le réseau social, avec l'accès à une certaine information qui n'a pas forcément à voir avec la connaissance de la santé. En revanche, les comportements de prévention se réduisent notamment quand la couverture sociale est faible, quand on est peu suivi par son médecin ou qu'on appartient à une minorité ethnique. Il faut tirer les conséquences de

ces résultats issus d'études faites sur les comportements de prévention dans ce domaine.

Auprès des personnes âgées, le message « de masse » ne passe pas très bien. Ce qui passe très bien, c'est le message du médecin. Or on sait qu'il y a une corrélation négative entre l'âge et les comportements de prévention, probablement liée à la conviction que, quand on s'approche de la fin de la vie, la prévention est peut être une démarche sur laquelle il n'est pas nécessaire d'insister. Il existe, pour les personnes âgées, un rapport important entre l'information dispensée par le médecin et la prévention. Cependant, elles peuvent considérer comme infantilisant le fait de leur parler des risques ; il faut donc plutôt mettre l'accent sur les bénéfices de la prévention.

La prévention se développe également quand ces personnes sont dans un réseau social : les grands-mères qui s'occupent de leurs petits-enfants vont plus facilement faire des dépistages. La prévention chez les personnes âgées est toujours perçue d'une façon globale. Pourtant, le facteur socio-économique est très important : celles dont les revenus sont élevés font davantage de prévention car elles ont une perception plus forte de leur capacité à changer les choses.

Enfin, la majorité des personnes âgées est prête à s'adapter à l'innovation, lorsque le bénéfice pour la santé est certain.

Pour conclure, il reste que la vraie question porte sur l'adhésion au message de prévention. Comment les personnes âgées vont-elles se comporter face aux messages de prévention ? vont-elles y adhérer ? Vont-elles se situer dans une rationalité différente, une rationalité de prise de risque, dans une attitude de résistance face aux normes qui leur sont proposées ?

# LA DÉMOGRAPHIE DE LA DÉPENDANCE DONNÉES EUROPÉENNES ET PRINCIPALES QUESTIONS

*Didier Blanchet*<sup>1</sup>

*INSEE, département des études économiques d'ensemble*

La démographie de la dépendance présente des analogies avec la démographie des retraites. Retraite et dépendance sont sans aucun doute les deux domaines de la protection sociale pour lesquels l'impact relatif du vieillissement est le plus fort. Les deux phénomènes présentent la même concentration de la dépense sur des âges élevés, le même type de sensibilité aux effets du baby-boom... et aussi les mêmes incertitudes sur la part des dépendants dans la population totale compte tenu des évolutions de l'espérance de vie, de la fécondité et des migrations (Blanchet et Le Gallo, 2008).

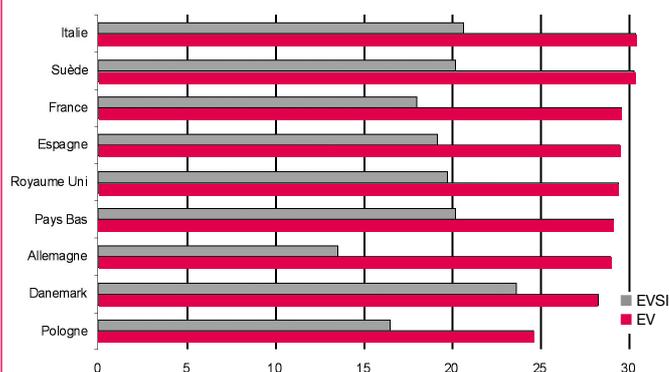
Mais il existe aussi des différences importantes. Les profils par âge d'entrée en dépendance sont plus progressifs que pour l'entrée dans la retraite et plutôt centrés sur un âge médian de 75 à 80 ans. De ce fait, l'effet du baby-boom sur la part de dépendants dans la population totale est plus tardif que son effet sur le stock de retraités. Il se manifeste surtout autour de 2020.

En second lieu, la prévision des retraites s'appuie sur le fait que le lien entre l'âge et le statut de retraité est fortement encadré par les règles institutionnelles. En matière de dépendance, le lien avec l'âge évolue avant tout en fonction des évolutions sanitaires et des modes de vie. La question centrale est alors de savoir si cette évolution va plutôt dans le sens de la modération des effets du vieillissement ou de leur amplification.

Un premier scénario est celui où l'allongement de la durée de vie totale s'accompagne d'une réduction de la part du temps vécu en incapacité (thèse de la compression de la morbidité).

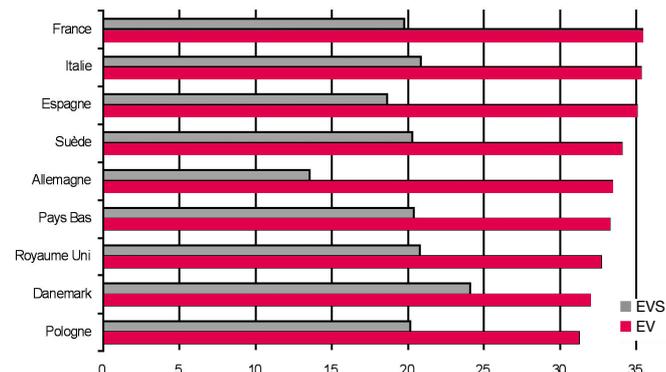
Un second scénario est celui où l'âge d'apparition de la dépendance progresserait moins vite que l'espérance de vie, voire même resterait constant, auquel cas l'ensemble des gains d'espérance de vie seraient des gains d'espérance de vie en incapacité (thèse de la pandémie ou de l'expansion de la morbidité).

Espérances de vie totales et sans incapacité, hommes (à 50 ans)

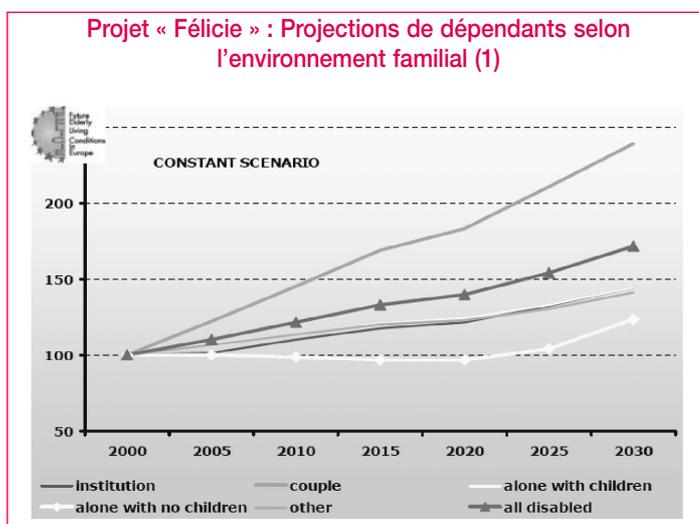
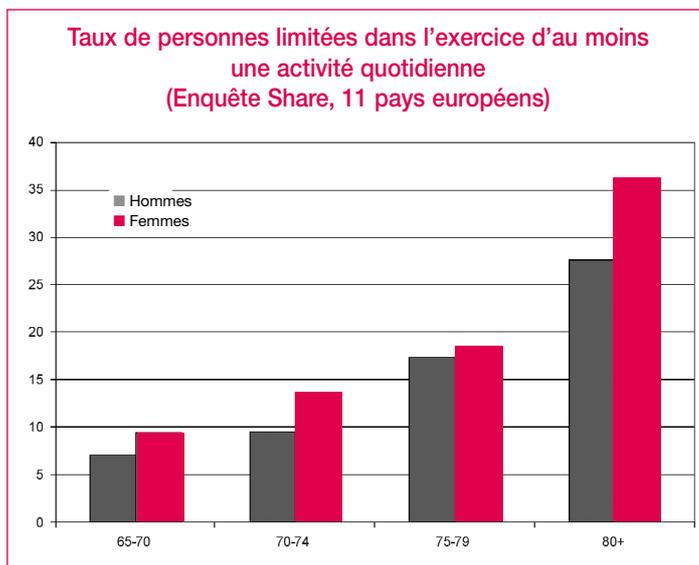


Source : Enquête SILC, C. Jagger et Al., *The Lancet*, Nov 17, 2008.

Espérances de vie totales et sans incapacité, femmes (à 50 ans)



Sur ce point, l'observation des tendances passées ne nous aide que moyennement à anticiper les tendances futures, car les constats sont très variables selon les sources, les périodes et les pays (Michel et Robine, 2004).



Le passage de la projection démographique à la projection financière se présente également de manière très différente en matière de dépendance et en matière de retraite. Les sommes initialement en jeu sont plus faibles, pour la dépendance ce qui laisse plus de marge de progression relative, notamment selon les hypothèses de coût de l'aide par personne dépendante, et de taux de prise en charge de ce coût par la collectivité. Derrière cette

dernière question, on trouve aussi celle du rôle des familles et de l'intervention privée.

Pour donner quelques illustrations de ces incertitudes, le graphique page 71 reprend les projections de l'Ageing Working Group de la Commission européenne pour quatre grands pays de l'Union (AWG, 2006). Quatre scénarios ont été envisagés par ce groupe :

- Un scénario I, dit de vieillissement pur, correspondant à la thèse de l'expansion de la morbidité. Les profils de dépendance par âge restent constants en projection, le rôle relatif des intervenants publics et privés reste également constant et les coûts de prise en charge évoluent parallèlement au produit par actif occupé ;
- un scénario II, identique au précédent hormis une hypothèse d'évolution un peu moins rapide des coûts, parallèle au produit par habitant ;
- un scénario III, dit « à dépendance constante », dans lequel les taux de dépendance évoluent parallèlement au taux de mortalité par âge ;
- un scénario IV, d'accroissement de l'aide formelle, identique au scénario I, mais dans lequel la part des dépendants qui ne bénéficient que d'une aide informelle baisse de 1 point par an entre 2004 et 2020.

Les résultats sont exprimés en termes de part des dépenses publiques de dépendance dans le PIB, en 2004 et en 2050. Si la croissance de ce poste de dépense fait peu de doute, il est également prévisible que son ampleur sera considérable, variant d'un demi point à plus de 2,5 points de PIB d'un pays et d'un scénario à l'autre. Les niveaux initiaux et finaux sont également très contrastés entre pays, reflétant des modèles nationaux très différenciés.

À partir d'un tel constat, la table ronde pourra chercher à éclairer les questions suivantes :

- Peut-on réduire les ambiguïtés des constats actuels sur la dépendance et sur sa tendance ?
- Quelle est la part de cette ambiguïté, qui tient à l'instabilité des classifications ou aux limites des instruments de mesure (enquêtes ponctuelles

versus panel, approches statiques ou dynamiques de la dépendance) ?

- Qu'en est-il plus précisément de la situation et des perspectives pour la France ? On dispose pour notre pays d'autres exercices de projection que ceux de l'AWG (Assous et al., 2002 ; Duée et Rebillard, 2004) qui pourront être développés plus en détail par les autres intervenants de la table ronde.

- Un aspect de la démographie de la dépendance est aussi la démographie du réseau familial qui entoure les personnes dépendantes : que peut-on dire et projeter sur ce sujet ?

## Note

1. [didier.blanchet@insee.fr](mailto:didier.blanchet@insee.fr)

## Bibliographie

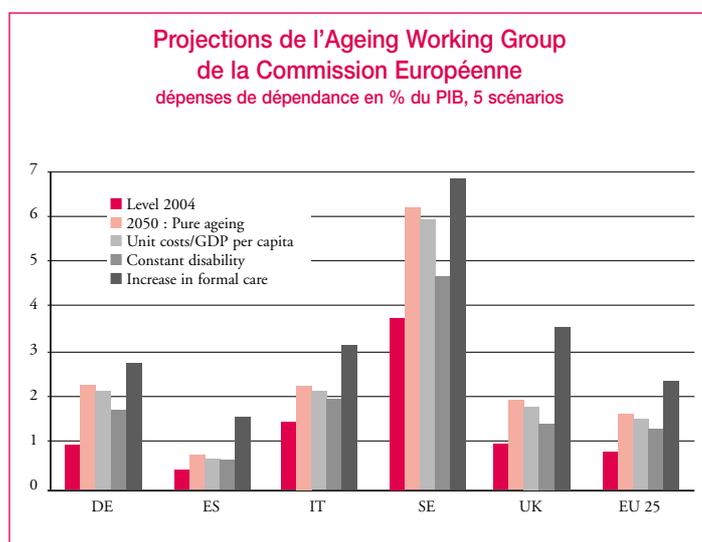
ASSOUS L. ; BONTOUT O. ; COLIN C. ; KERJOSSE R., « Les personnes âgées dépendantes », in M. Aglietta, D. Blanchet et F. Héran, « Démographie et économie », rapport du CAE, n° 35, 2002, pp. 301-309.

BLANCHET D. ; LE GALLO F., « Les projections démographiques : principaux mécanismes et retour sur l'expérience française », *Revue économique*, vol. 59, n° 2, 2008, pp. 893-912.

DUÉE M. ; REBILLARD C., « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », document de travail Insee/Dese n° G2004/02, 2004.

MICHEL J.-P. ; ROBINE J.-M., « A New General Theory of Population Ageing », *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, vol. 29, n° 4, 2004, pp. 667-678.

Ageing Working Group, « The Impact of Ageing on Public Expenditure: Projections for the EU25 Member States on Pensions, Health Care, Long-term Care, Education and Unemployment Transfers (2004-2050) », European Commission, Special report, n° 1, 2006.



# LES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES, DES OUTILS D'ANALYSE

*Pascale Breuil-Genier*

*Unité des études démographiques et sociales, Insee*

La statistique publique dispose d'outils pour établir des projections démographiques, (qui se distinguent des prévisions démographiques). L'exercice consiste à évaluer ce qui peut se produire, et sous quelles conditions. Il s'agit également d'envisager des variantes au scénario central, tenant compte de multiples circonstances différentes.

Le tableau suivant illustre le cas de l'évolution du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans telle qu'elle a été évaluée dans les dernières projections démographiques de l'Insee entre 2005 et 2050. On y relève les principales hypothèses qui ont été utilisées pour projeter une telle évolution.

## Hypothèses des projections démographiques 2005-2050 et nombre de personnes âgées

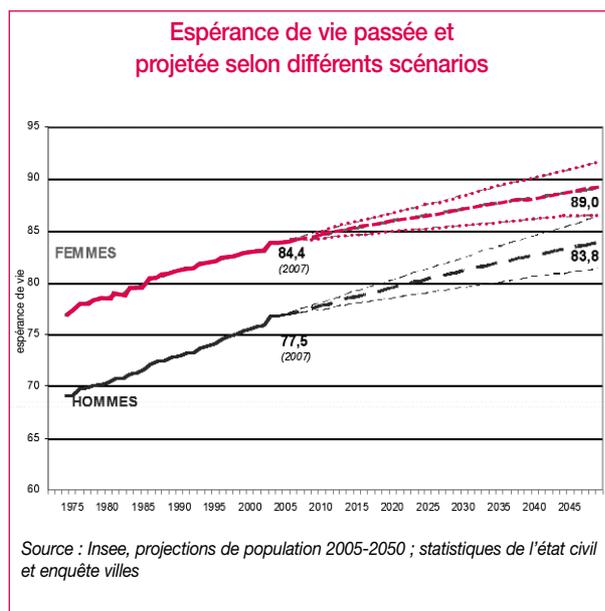
- Les effectifs par classe d'âge au-delà de 60 ans dépendent essentiellement des hypothèses de mortalité
  - Des consultations d'experts :
    - Facteurs pouvant accentuer la baisse de la mortalité (progrès médicaux) ou la freiner (environnement) se compensant
    - réduction de l'écart d'espérance de vie hommes-femmes
  - > Un scénario central « tendanciel » :
    - prolongement de la baisse des quotients de mortalité par âge et sexe observée sur les 15 dernières années (1988 à 2002)
- ...et des variantes  
+/- 2,5 années sur l'espérance de vie

La principale est l'hypothèse de mortalité.

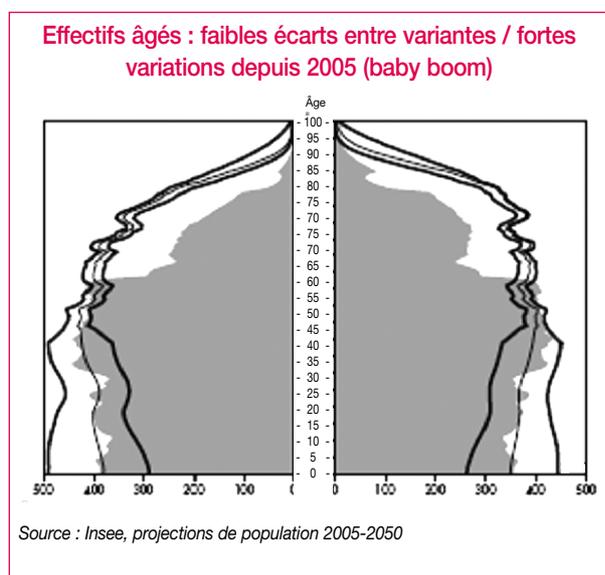
Pour l'étudier, l'Insee a envoyé un questionnaire à vingt-six experts dont elle a recueilli les réponses et avis. À cette question – « comment évoluera la mortalité ? » – ces experts ont répondu qu'il existait des facteurs pouvant aller dans le sens d'une accentuation de la baisse de la mortalité par rapport à ce que nous avons connu jusqu'à présent – par exemple les progrès médicaux en matière de maladies cardiovasculaires ; mais que par contre d'autres facteurs étaient susceptibles de freiner cette baisse – par exemple les problèmes environnementaux, pollution, canicules, catastrophes naturelles.

Tous les experts ont estimé que l'écart entre hommes/femmes allait se réduire, tendance que nous observons depuis les années 1980, en France mais aussi dans d'autres pays. En effet, les hommes accordent de plus en plus d'attention à la prévention et ont par ailleurs moins d'accidents du travail ; tandis que les femmes s'exposent maintenant davantage aux risques liés au tabagisme.

À la suite de cette consultation, l'Insee a retenu un scénario tendanciel cohérent avec les données fournies. Ce scénario consiste à prolonger les quotients de mortalité par âge observés sur les quinze dernières années et, à partir de là, envisager deux variantes pour être dans l'échelle d'espérance de vie proposée par les experts – espérances de vie pouvant varier de plus ou moins 2,5 années à l'horizon 2050.



Ce graphique montre l'évolution de l'espérance de vie : en 2007, 84,4 années pour une femme qui connaîtrait les probabilités de décès observées à chaque âge en 2007. Quant aux hommes, leur espérance de vie, de 77,5 années en 2007, passerait à 83,8 années en 2050.



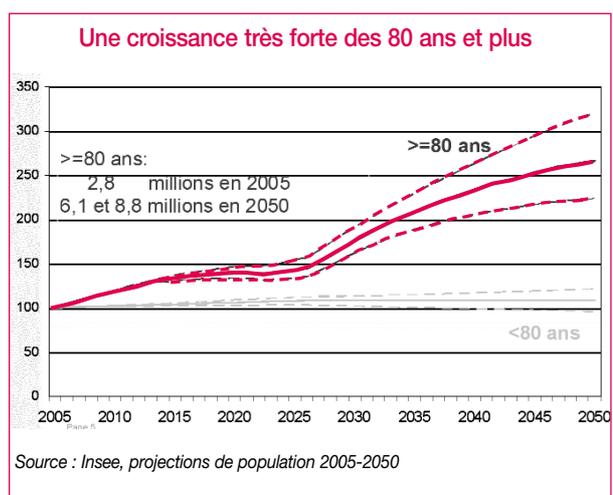
Ces hypothèses étant posées, quels en sont les résultats ? Comment évoluera le nombre de personnes de plus de 80 ans ? Le graphique ci-dessus montre la pyramide des âges actuelle (partie grisée) et présente trois scénarios d'évolution avec une espérance de vie centrale, une espérance de vie augmentée de 2,5 ans

et une autre diminuée de 2,5 ans (ainsi que des hypothèses de fécondité et de migration hautes et basses dans lesquelles nous n'entrons pas).

Ce type de résultat nous enseigne deux choses. D'abord, si on s'intéresse à la variété des futurs possibles, on constate, en regardant le haut de la pyramide, que finalement les trois courbes de projection sont assez proches ; c'est-à-dire que quelles que soient les hypothèses envisagées, le nombre des personnes âgées ne va pas tellement varier (alors que les hypothèses sur la fécondité ont une courbe de variation plus large).

Le deuxième enseignement est que si l'on compare maintenant la situation en 2050 et en 2005, on s'aperçoit que, pour les âges avancés, il y aura une très forte évolution du nombre des personnes âgées. Rien d'étonnant à cela : c'est l'effet du baby-boom sur la structure de la population. Même en l'absence d'augmentation d'espérance de vie, avec le baby-boom et l'espérance de vie déjà atteinte aujourd'hui, nous aurions déjà une forte augmentation du nombre de personnes âgées.

Le graphique suivant le montre plus clairement. Il représente l'évolution du nombre de personnes de plus de 80 ans. Selon les scénarios, ce nombre serait multiplié par plus de 2 ou 3, tandis que le nombre de personnes de moins de 80 ans resterait lui assez stable.



L'encadré suivant illustre ce que permettent les projections en dehors de fournir un scénario de référence qui, bien que cela ne soit pas notre prétention,

est souvent interprété comme une prévision. Ce sont en fait des outils qui permettent de voir l'impact respectif des structures de population initiales (par exemple le baby-boom) et des hypothèses démographiques. C'est ainsi que dans nos projections, le scénario central est accompagné d'une trentaine de variantes.

Il s'agit donc de décrire le champ des possibles et de voir quels biais peuvent influencer sur l'avenir. Ces études sont réalisées tous les cinq ans et elles servent ensuite de cadre aux projections sur les personnes âgées dépendantes.

#### Les projections démographiques : des outils...

- ... permettant de voir les impacts respectifs des structures initiales (baby boom) et des hypothèses démographiques (près de 30 variantes !)
  - Le champ des possibles
  - Les leviers éventuels
- ... actualisés tous les 5 ans
- ... qui servent de cadrage pour les projections de personnes âgées dépendantes

Il peut être utile de donner quelques informations sur l'offre de la statistique publique dans ce domaine.

Il a été beaucoup question de l'enquête HID. L'enquête suivante, Handicap santé 2008, vient de se

terminer sur le terrain. Les résultats en seront prochainement connus. Les projections de dépendance établies soit par le service statistique du ministère de la Santé, soit par l'Insee utilise différents critères de dépendance : la grille Aggir pour prévoir les dépenses liées à l'APA, et la grille Colvez ou HPA. Il existe deux types de méthodologie : soit on applique des taux de prévalence ou des taux de dépendance par âge ; soit, au contraire, on se place dans une perspective plus longitudinale et on peut s'intéresser alors soit à l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes, soit au budget, soit aux structures familiales.

#### Les projections de personnes âgées dépendantes

- Des données de base sur la dépendance tirées d'enquêtes auprès des ménages (HID 1998-1999, bientôt Handicap-Santé 2008)
  - Grille AGGIR (APA) [Insee]
  - Grille AGGIR, Colvez, EHPA [Drees]
- Des projections basées sur :
  - des hypothèses **transversales** : prévalences par âge [DREES]
  - des microsimulations **longitudinales** : probabilités de transitions liées aux quotients de mortalité et simulation des structures familiales [Insee]
- Fournissant des projections de personnes dépendantes et éventuellement d'aidants potentiels

*Drees : Assous, Bontout, Colin, Kerjosse (2002) ; Bontout, Colin, Kerjosse (2002)  
Insee : Duée et Rebillard (2004)  
Insee - départemental : PSAR Emploi-population*

# LA DÉMOGRAPHIE DE LA DÉPENDANCE : PROJECTIONS

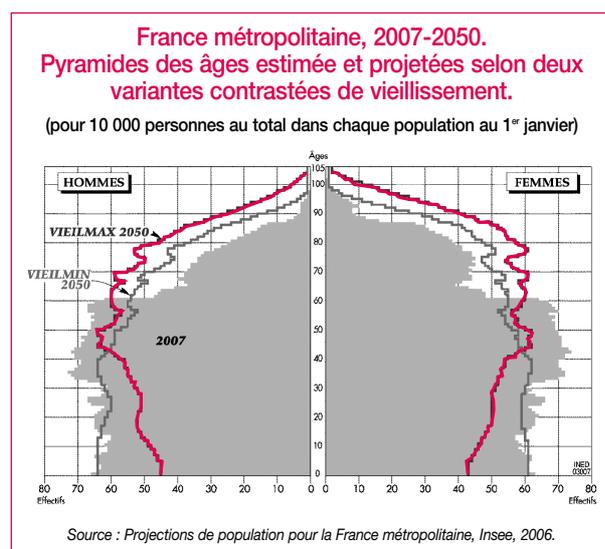
*Alain Parant*

*Ined*

**I**l y a beaucoup d'incertitudes concernant les variables les plus motrices quant au phénomène de la dépendance – doit-on d'ailleurs dire la dépendance du grand âge ?

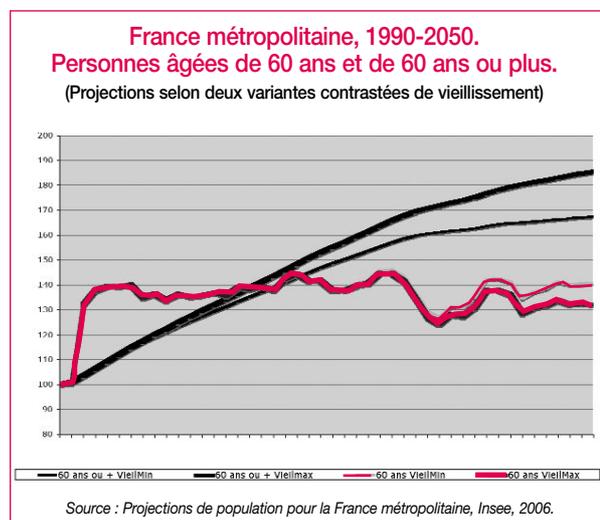
Il est vrai que nous avons tout de même quelques certitudes. Nous en citerons trois.

La première est que nous allons avoir une augmentation de la population âgée dépendante. La deuxième, c'est que cette augmentation entraînera des coûts. La troisième, qui elle est plus personnelle, est que les coûts résultant de la réalité démographique et des tendances démographiques actuelles seront beaucoup plus élevés que ceux que l'on a trop souvent tendance à anticiper.



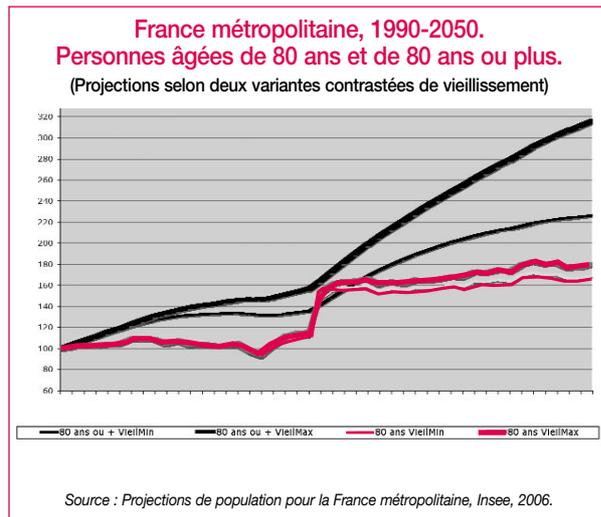
Le graphique présenté est un peu similaire à celui présenté précédemment, à cette différence que le raisonnement se fait sur un même effectif de popula-

tion totale, avec superposition des trois pyramides en 2007 et en 2050 selon deux variantes (celles des projections de l'Insee qui donnent le vieillissement minimum en noir et le vieillissement maximum en rouge). La croissance démographique future va se faire essentiellement par le sommet de la pyramide des âges et non pas par la base. Et si la déformation du sommet par rapport à la base apparaît de façon plus spectaculaire que précédemment, c'est que le raisonnement s'est fait sur un même effectif total.

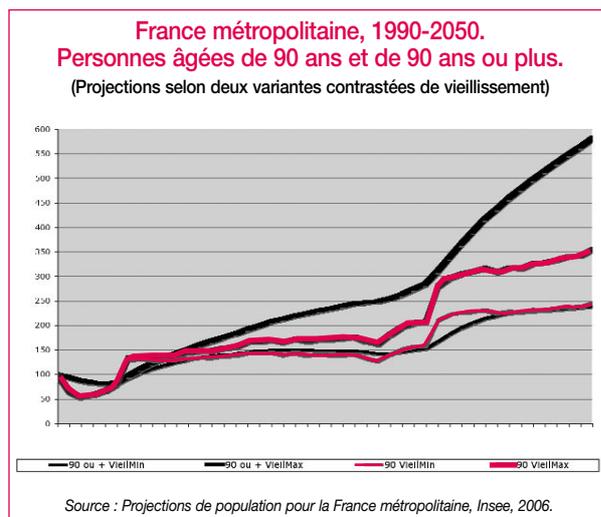


Ce graphique – toujours en prenant les variantes contrastées de l'Insee en matière de vieillissement démographique minimal et maximal – illustre comment va évoluer de 2005 à 2050 la population des nouveaux sexagénaires ; ceux qui vont fêter leur 60 ans une année donnée (courbes en rouge) et le stock des personnes ayant au moins cet âge. Ce que l'on

constate, c'est que nous avons une croissance très rapide du flux avec l'arrivée à l'âge de 60 ans des premières générations du baby-boom, et la croissance du stock ne va égaler la croissance du flux que vers 2020.



En 2020, on raisonne sur ceux qui fêtent leurs 80 ans et sur ceux qui ont déjà 80 ans ou plus. En 2020, nous serons toujours à peu près à une croissance nulle en termes d'évolution des nouveaux octogénaires ; par contre, en termes de croissance de la population âgée de 80 ans ou plus, nous avoisinerons 40 % d'augmentation.



Le tableau suivant concerne les 90 ans ou plus. Les 90 ans sont les courbes en rouge, avec le stock en noir. En 2020, alors que nous aurons une croissance

d'à peu près 50 % des personnes qui fêteront leurs 90 ans, les stocks eux seront compris entre 50 et 100 %. Autrement dit, dans les décennies à venir, nous n'aurons pas successivement l'impact du vieillissement sur la retraite, puis sur la santé, puis sur la dépendance, mais les trois impacts simultanément. Et plus nous irons vers des horizons lointains, plus la facture, le prélèvement à opérer sur la richesse produite chaque année sera important ; cela plutôt en raison du fait que nous sommes sur un effet propre du vieillissement démographique, car les hypothèses sur l'évolution du produit intérieur brut sont très optimistes. Mais à l'horizon de 2050, nous pourrions être à quelque 5 à 6 points de prélèvements supplémentaires sur la richesse créée, qui sera en augmentation très forte, du moins telle qu'elle est anticipée.

**France, 2000-2050.**  
**Vieillesse de la population et dépenses de santé**

**Horizon 2020**  
 Plus de 2 points de PIB sous l'effet :  
 - du vieillissement démographique (1 point)  
 - de la dépendance (0,3 point)  
 - de la croissance de la population totale (0,3 point)  
 - du progrès technique (0,4 point)

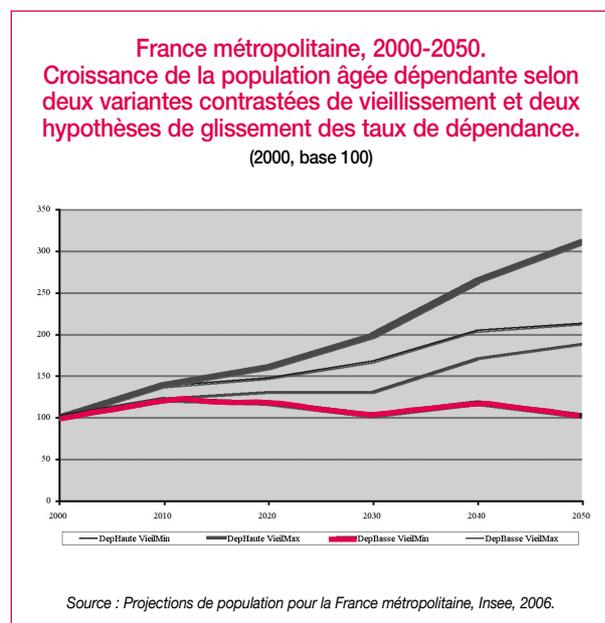
**Horizon 2050**  
 Plus 5 à 6 points de PIB pour santé + dépendance  
 (Plus de 3 points pour la retraite)

**Incertitudes**  
 - Morbidité  
 - Disponibilité des aidants

Source : Cnam, 2007.

Mais il y a des incertitudes : incertitude sur la morbidité et incertitude sur la disponibilité des aidants. Nous avons vu qu'elles étaient l'une et l'autre fondamentales dans l'évolution de la population âgée dépendante et dans sa prise en charge. Concernant la morbidité, partant des âges moyens de la population dépendante (78 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes), imaginons deux évolutions de ces âges moyens, en faisant deux hypothèses de glissement des taux de la dépendance et donc de ces âges moyens. Dans une hypothèse relativement pessimiste, le glissement n'est que de 0,5 an tous les 10 ans ; dans une hypothèse très optimiste, le glissement pourrait être de 1,5 an tous les 10 ans. Autrement dit, quand on est à 78 ans et à 80 ans dans l'hypothèse pessimiste,

on gagne 2 ans et demi de l'âge moyen de la population dépendante homme et femme ; dans l'hypothèse la plus optimiste, on gagne 7 ans et demi.



Supposons que l'évolution de la population âgée dépendante se cale sur l'évolution de la population des gens ayant au moins les âges homologues de 78 et 80 ans aujourd'hui. Voici ce que cela donne en termes de projection à l'horizon 2050. La courbe en rouge est l'hypothèse où nous avons à la fois le vieillissement minimum et l'hypothèse de l'évolution de la dépendance la plus favorable. Évidemment, si toutes les conditions sont réunies, nous sommes pratiquement à la stabilité de la population âgée dépendante. Ce n'est pas tout à fait un hasard, puisque les calculs effectués permettent d'arriver à ce résultat. Mais effectivement, nous pourrions avoir une multiplication par un facteur 3 de la population âgée dépendante, en combinant à la fois un vieillissement maximal et une hypothèse relativement défavorable d'évolution de la dépendance.

Alors, nous pouvons nous réjouir d'avoir une certaine incertitude et notamment tabler sur l'évolution la plus basse. Comme le disait Alfred Sauvy, il y a des investissements démographiques monumentaux à accomplir, pour caler l'anticipation en rouge sur le graphique avec la réalité de demain.

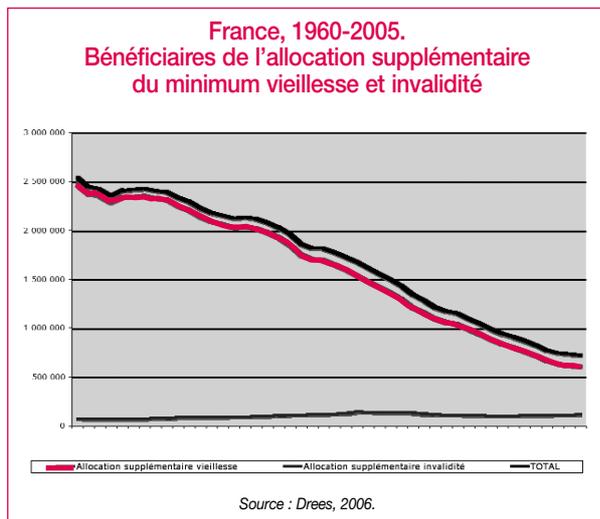
**France métropolitaine, 2000-2050.**  
**Hypothèses sous-jacentes aux simulations de croissance de la population âgée dépendante.**

VARIANTE VIEILMIN DE PROJECTION DE POPULATION POUR LA FRANCE METROPOLITAINE			
	HYPOTHESE BASSE	HYPOTHESE CENTRALE	HYPOTHESE HAUTE
FECONDITE			
Indicateur conjoncturel	1,7 en 2010	1,9	2,1 en 2010
Âge moyen à la maternité	30 ans en 2010-2015		
MORTALITE			
Espérance de vie à la naissance	Déficit de 2,5 ans en 2050 par rapport à l'hypothèse centrale	Tendance 1988-2002	Excédent de 2,5 ans en 2050 par rapport à l'hypothèse centrale
Femmes en 2050	86,5 ans	89,0 ans	91,5 ans
Hommes en 2050	81,3 ans	83,8 ans	86,3 ans
Différence Femmes-Hommes	5,2 ans en 2050		
SOLDE MIGRATOIRE ANNUEL			
Entrées-Sorties	50000 entrées nettes	100000 entrées nettes	150000 entrées nettes
VARIANTE VIEILMAX DE PROJECTION DE POPULATION POUR LA FRANCE METROPOLITAINE			
	HYPOTHESE BASSE	HYPOTHESE CENTRALE	HYPOTHESE HAUTE
FECONDITE			
Indicateur conjoncturel	1,7 en 2010	1,9	2,1 en 2010
Âge moyen à la maternité	30 ans en 2010-2015		
MORTALITE			
Espérance de vie à la naissance	Déficit de 2,5 ans en 2050 par rapport à l'hypothèse centrale	Tendance 1988-2002	Excédent de 2,5 ans en 2050 par rapport à l'hypothèse centrale
Femmes en 2050	86,5 ans	89,0 ans	91,5 ans
Hommes en 2050	81,3 ans	83,8 ans	86,3 ans
Différence Femmes-Hommes	5,2 ans en 2050		
SOLDE MIGRATOIRE ANNUEL			
Entrées-Sorties	50000 entrées nettes	100000 entrées nettes	150000 entrées nettes
Source : Projections de population pour la France métropolitaine, Insee, 2006.			
AGES D'ENTREE DANS LA DEPENDANCE HOMOLOGUES DE 2000 A 2050 A CEUX DE 2000			
	2000	2050	
		HYPOTHESE PESSIMISTE Glissement de 0,5 an tous les 10 ans	HYPOTHESE OPTIMISTE Glissement de 1,5 an tous les 10 ans
Hommes	78,0 ans	80,5 ans	85,5 ans
Femmes	80,0 ans	82,5 ans	87,5 ans

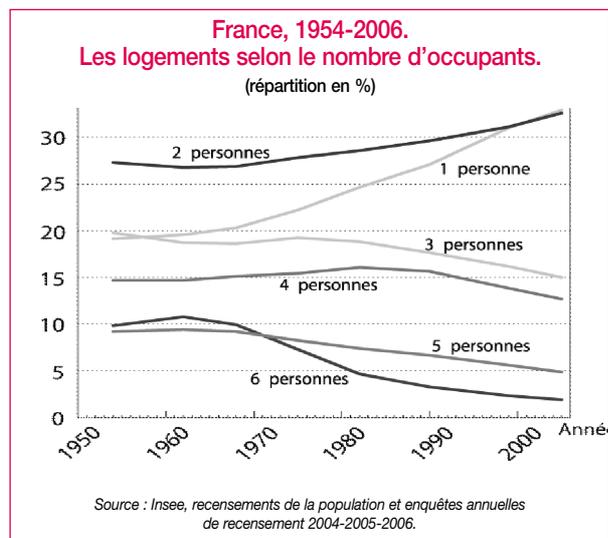
Sur le tableau ci-dessus figure le coût de la dépendance future. Parce qu'on refuse certaines lectures alarmistes concernant le vieillissement futur, nous avons beaucoup tardé à régler certains problèmes et notamment celui des retraites. Comme nous nous y sommes pris très tard, nous avons mis en place des remèdes « de cheval », et à marche forcée on aligne tous les régimes ou on tente de les aligner et d'élever les taux de cotisation chers à Françoise Forette. Certes, cela risque d'alourdir la note de la dépendance, pourquoi ? Nous faisons l'hypothèse que les individus pourront travailler plus longtemps, ce qui revient à supposer qu'ils seront en bonne santé plus longtemps, ce qui n'est pas certain. Ce qui revient à dire aussi que leurs employeurs pourront ou voudront les maintenir en emploi, alors qu'ils n'auront pas su ou pas voulu conserver leur employabilité ; cela signifie que les fins de carrière risquent d'être défavorables pour certains et que les retraites qui en résulteront seront plus faibles qu'espéré. Ce qui veut dire enfin que nous allons nous reporter sur la société pour financer ces retraites.

Cette politique d'élévation de l'âge de la retraite se traduit aussi, pour les femmes, par des difficultés à arbitrer demain entre leurs obligations professionnelles

et familiales. Pour accumuler des droits à la retraite à taux plein, il leur faudra travailler plus longtemps. Est-ce que cela ne va pas se faire au détriment de la prise en charge de la population âgée dépendante au travers de l'aide informelle assurée essentiellement par les femmes ?

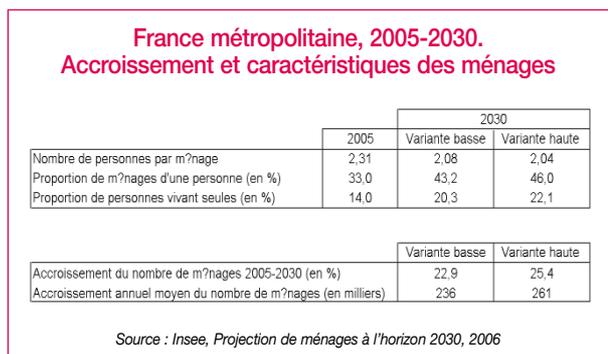


Le graphique suivant souligne qu'en dehors de cet effet direct sur les dépenses de santé, d'autres facteurs peuvent jouer. En effet, nous fondons beaucoup d'espoirs sur la famille, les aidants naturels, mais nous oublions qu'il y a des complexifications, des parcours matrimoniaux ; que cette complexification touche éventuellement aussi les âges élevés et que cette tendance pourrait avoir un effet sur le nombre d'aidants.



En effet, parmi les aidants, il faut distinguer ceux qui sont « activables », parce que l'on peut n'être qu'un aidant potentiel, si l'on ne réside pas au même endroit que la personne dépendante par exemple.

Cette complexification des parcours matrimoniaux s'accompagne également de la montée de la solitude résidentielle. Aujourd'hui, la coexistence des générations est plus importante qu'autrefois, mais la cohabitation est beaucoup plus faible. Et les études d'anticipations faites par l'Insee concernant le nombre de logements donnent l'indication suivante : alors qu'actuellement 33 % des ménages sont constitués d'une seule personne, demain ils pourront être 43 ou 46 %, selon les hypothèses faites sur l'évolution ou les tendances futures en matière de cohabitation des individus.



Enfin, l'inégalité de peuplement du territoire français a une incidence très forte sur le coût futur de la socialisation. En effet, une partie non négligeable de la population vit dans des espaces faiblement peuplés, où les derniers habitants sont des individus âgés qui y achèvent leur vie. Si on les relocalise vers la ville, cela va se faire à un coût croissant du fait de la spéculation urbaine. Il existe des centres de soins, de séjours longue durée, de soins palliatifs, mais il faudra en créer davantage et cela va se faire à coût très élevé. De plus, il faudra trouver du personnel, le professionnaliser et, pour l'attirer, le payer certainement beaucoup plus cher. Pour toutes ces raisons, indépendamment des facteurs démographiques, la note à payer risque d'être beaucoup plus élevée que ce que l'on anticipe un peu trop facilement.

# ÉLÉMENTS D'UNE PROSPECTIVE DE LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES

*Marc Mousli*

*Consultant, chercheur associé au Lipsor (Cnam)*

La question du vieillissement de la population touche tous les domaines de la vie en société, depuis la famille jusqu'au budget de l'État en passant par l'entreprise, l'hôpital, le logement, l'urbanisme, les transports, les revenus, les relations intergénérationnelles, etc.

Parmi les questions soulevées, la dépendance des personnes âgées est un phénomène qui inquiète à deux niveaux. Personnel, d'abord : chacun d'entre nous sait qu'il y sera probablement confronté – à travers ses proches puis directement. Citoyen, ensuite : les perspectives financières des systèmes de solidarité nationale sont déjà très sombres, et le coût de ce « cinquième risque » ne peut que les aggraver.

Comment ce phénomène risque-t-il d'évoluer dans le prochain quart de siècle ? Peut-on diminuer le risque de dépendance ? Ses conséquences sur la vie des intéressés ? Son coût pour la nation ?

Enfin, comment aborder ce phénomène, en termes de politiques publiques ?

---

## La dépendance, un phénomène social

---

Caractériser la dépendance, c'est le plus souvent dresser la liste des gestes basiques de la vie quotidienne et apprécier la possibilité de les effectuer seul, sans aide extérieure.

On remarquera qu'avec cette définition nous sommes tous dépendants à des niveaux divers, l'un des rarissimes exemples de non-dépendance étant Robinson

Crusoé. C'est important : considérer la dépendance comme un phénomène social, et non seulement médical, est une clef capitale pour l'action publique.

Des travaux actuels sont plus proches de nous que l'exemple du héros du roman de Daniel Defoe. Catherine Gucher<sup>1</sup> a étudié la transition de la retraite à la dépendance en milieu rural, dans des cantons peu accessibles du département de l'Ardèche. Elle distingue classiquement les natifs (« *aging in place* »), les « revenus » (que l'on désigne parfois comme « migrants retour ») et les nouveaux arrivants (ou « migrants aménités »). Nous ne nous intéresserons qu'aux premiers, qui sont les plus éloignés des comportements citadins, et offrent donc une « balise » à la réflexion sur la dépendance dans notre pays.

Les « *aging in place* » ont un réseau local dense et profond (remontant à leurs parents, leurs ancêtres). Ils connaissent bien les ressources de leur territoire, ont une vision « naturaliste » de l'existence et des attentes réduites vis-à-vis des services publics. Ils n'ont recours à la maison de retraite ou à l'hôpital qu'en dernier ressort, et restent très impliqués dans les affaires locales, avec un engagement actif aussi longtemps qu'ils le peuvent.

Peut-on placer la frontière entre autonomie et dépendance au même endroit pour ces personnes ayant toujours vécu de façon relativement autarcique, dans un milieu difficile, avec des périodes d'isolement de plusieurs jours, voire de plusieurs semaines, et sans grands moyens, que pour un employé ou un cadre d'une très grande ville, habitué à compter sur des

services sophistiqués à toute heure du jour et de la nuit ? Non, répond Catherine Gucher.

Nous reviendrons sur cette limite floue, après avoir présenté rapidement l'évolution à l'horizon 2030-2040 de quelques variables influant sur le phénomène de dépendance.

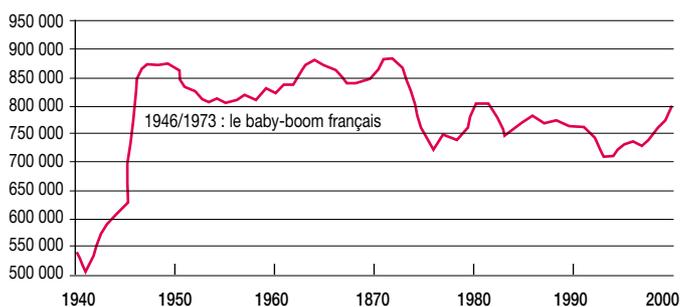
## Cinq variables-clefs

**N**ous examinerons cinq variables dont l'évolution à moyen terme nous semble capitale<sup>2</sup> :

- a - l'accroissement conjoncturel (baby-boom) du nombre de personnes âgées ;
- b - l'espérance de vie ;
- c - l'espérance de vie sans incapacité ;
- d - le nombre de personnes âgées dépendantes<sup>3</sup> ;
- e - les composantes économiques et culturelles.

### ■ L'accroissement conjoncturel du nombre de personnes âgées dû au baby-boom

Le baby-boom est un phénomène démographique singulier. Au départ, il n'est pas exceptionnel : un rattrapage de naissances après cinq ans de guerre. En 1945, on avait compté 625 800 naissances en France ; en 1946, on en comptait 844 000. Une progression de 35 % d'une année sur l'autre qui n'a rien de surprenant : en 1920, dans des circonstances comparables, le nombre de naissances avait plus que doublé par rapport à 1919 (+ 106 %).



Ce qui est en revanche inédit, c'est la durée du phénomène, propre à notre pays : aux États-Unis, par exemple, il a été plus vigoureux mais plus court (vingt ans, de 1946 à 1964). La France, elle, est restée sur un rythme élevé – entre 805 000 et 882 000 naissances par an – pendant près de trente ans, de 1946 à 1974. Pendant cette période, la dynamique démographique a de plus été soutenue par un solde migratoire positif élevé : pour remédier au déficit des naissances de 1915 à 1919 et à la baisse de la natalité pendant l'entre-deux-guerres, les entreprises métropolitaines ont recruté massivement dans le Maghreb, notamment à la fin des années 1950. Dans le même temps, la décolonisation a fait rentrer en France près d'un million et demi de Français des colonies à partir de 1956, dont 650 000 rapatriés d'Algérie en 1962.

La fin du baby-boom peut être fixée à 1974, année à partir de laquelle le nombre des naissances décroît et où l'indice conjoncturel de fécondité, qui avait commencé à baisser en 1965, passe sous la barre des 2,1.

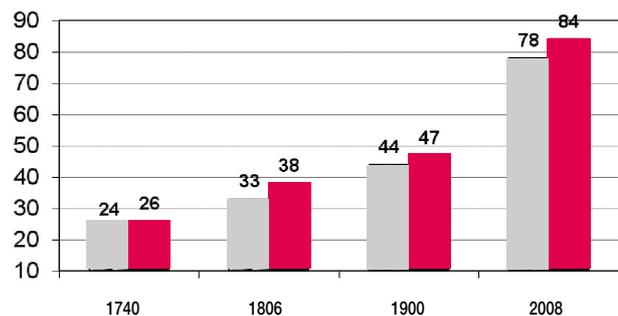
Les premiers baby-boomers auront 75 ans en 2021. Les derniers atteindront cet âge en 2048.

### ■ L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance augmente dans des proportions inédites.

Espérance de vie à la naissance en France, de 1740 à 2008

■ Hommes  
■ Femmes



Le gain sur très longue durée est net (en 160 ans, de 1740 à 1900, 20 années pour les hommes, 22 pour les femmes), mais il est spectaculaire au XX<sup>e</sup> siècle (en 108 ans, de 1900 à 2008, 34 années pour les hommes, 37 pour les femmes).

Pendant plus de deux siècles, cette croissance a principalement été obtenue par réduction de la mortalité infantile et des accidents périnataux. Depuis quelques décennies les gains sont mieux répartis sur l'ensemble de la vie.

L'espérance de vie aux différents âges – évolution sur une douzaine d'années

	À la naissance (années)		À 20 ans (années)		À 60 ans (années)	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
1994	81,8	73,6	62,6	54,6	25,0	19,7
1998	82,4	74,7	63,0	55,5	25,3	20,0
2002	83,0	75,7	63,5	56,4	25,8	20,8
2006	84,1	77,2	64,6	57,8	26,7	21,8
2007	84,4	77,5	64,8	58,1	26,9	22,0
<i>Gain 2007/1994 (années)</i>	<b>2,6</b>	<b>3,9</b>	<b>2,2</b>	<b>3,5</b>	<b>1,9</b>	<b>2,3</b>
<i>Gain 2007/1994 (mois par an)</i>	<b>2,4</b>	<b>3,6</b>	<b>2</b>	<b>3,2</b>	<b>1,8</b>	<b>2,1</b>

*Nombre d'années d'espérance de vie - France métropolitaine & Dom. Source : Insee, « État civil et enquête villes ».*

L'augmentation tendancielle de l'espérance de vie à la naissance était, ces dernières années, d'environ un trimestre par an. Les Cassandre affirment depuis longtemps que cela ne peut pas durer, ce qui est évident à moyen terme. Mais pour l'instant, la tendance ne faiblit pas, et il reste de la marge. Combien ? De nombreux chercheurs travaillent sur la question <sup>4</sup>, sans que les théories sur la longévité humaine puissent encore nous dire pourquoi Jeanne Calment a vécu jusqu'à 122 ans et si nos petits-enfants ont des chances de faire mieux.

Sans nous prononcer sur ce point précis, il existe des preuves formelles que nous pouvons aller au-delà des limites actuelles, ainsi que de nombreux faits porteurs d'espoir.

Preuves formelles : la France n'est pas le pays où l'on vit le plus longtemps. Le Japon, l'Espagne, la Suède, les Pays-Bas, l'Islande, la Norvège et la Suisse ont une espérance de vie (et pour plusieurs d'entre eux une espérance de vie sans incapacité) supérieure à la nôtre.

Faits porteurs d'espoir : un recensement non exhaustif des facteurs d'accroissement de la longévité des Français, dans les vingt prochaines années, fournit une liste assez longue dans laquelle on peut distinguer trois parties :

- a) des risques qu'il est possible de réduire dès aujourd'hui ;
- b) des systèmes en cours de diffusion ou de mise au point ;
- c) quelques progrès attendus.

**a) Risques qu'il est possible de réduire dès aujourd'hui :**

- 1- accidents de la circulation, violence routière ;
- 2 - infections nosocomiales ;
- 3 - accidents domestiques (apports de la domotique dans les prochaines années) ;
- 4 - maladies et accidents provoqués par des conduites à risque : consommation excessive de substances dangereuses, licites ou illicites (alcool, tabac, stupéfiants et excitants divers, etc.).

**b) Systèmes en cours de diffusion ou de mise au point :**

- 5 - suivi permanent des personnes à risque par des services de téléassistance (reliées par bracelets-capteurs ou autres systèmes) ;
- 6 - assistance 24h/24 par des robots domestiques (à partir de 2015 en Corée et au Japon, plus tard en Europe).

**c) Progrès attendus :**

- 7 - prévention des dépressions et du suicide ;
- 8 - éducation : hygiène, diététique, consommation de médicaments, etc. ;
- 9 - microchirurgie, chirurgie endoscopique, greffes (les greffes font appel à des techniques connues, voire anciennes, mais les progrès d'exécution sont spectaculaires : 1ère greffe du rein en 1952 ; cardiaque en 1967 ; de la main en 1998 ; du visage en 2005) ;
- 10 - traitement des cancers, du diabète ;
- 11 - contraception, baisse du taux de la mortalité infantile (5,5 o/oo en France ; la Suède, le Luxembourg, la Finlande, la République tchèque et le Portugal ont un taux inférieur au nôtre) ;
- 12 - thérapies géniques (premières retombées significatives vers 2020-2025) ;
- 13 - nanotechnologies (perspectives considérables, dans tous les domaines)

## ■ L'espérance de vie sans incapacité

Pour évaluer le poids de la dépendance sur les personnes et sur la société, deux mesures sont utiles : le temps de vie autonome (ou EVSI : espérance de vie sans incapacité) et le temps de vie en dépendance.

Estimer l'espérance de vie sans incapacité commence par une définition de ce qu'est l'incapacité.

Nous présenterons deux grilles. La première, très simple, a été utilisée par l'Insee pour ses enquêtes. Elle distingue trois situations d'incapacité <sup>5</sup> :

- type I : les personnes ont déclaré au moins une limitation fonctionnelle physique et sensorielle : difficulté à voir de près ou de loin, à entendre, à marcher, à se pencher ou à utiliser ses mains et ses doigts, sans gêne pour les activités quotidiennes

(33 % de la population de 35 ans et plus) ;

- type II : les personnes se sont déclarées limitées depuis plus de six mois dans leurs activités quotidiennes (18,5 % de la population de 35 ans et plus) ;
- type III : les personnes ont déclaré des difficultés pour réaliser les activités élémentaires de soins personnels comme faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, pouvant aller jusqu'à provoquer un besoin d'assistance au quotidien – définition de la dépendance (4,5 % de la population de 35 ans et plus). Seul ce type d'incapacité retiendra notre attention.

L'espérance de vie à 35 ans :

- sans incapacité de type II : 34 ans pour les hommes, 37 ans pour les femmes ;
- sans incapacité de type III : 40 ans pour les hommes, 44 ans pour les femmes.

Les femmes ayant une espérance de vie à la naissance supérieure à celle des hommes, elles courent le risque de vivre en situation de dépendance 5 ans, contre 3 ans pour les hommes <sup>6</sup>.

Sur la période 1991-2003, le gain aurait <sup>7</sup> été de l'ordre de 5,5 années d'espérance de vie sans incapacité (EVSI à la naissance – le gain pour les hommes est légèrement supérieur mais on reste dans le même ordre de grandeur).

## ■ Les personnes dépendantes en France au 31 décembre 2007

Il y a officiellement 1 078 000 personnes dépendantes en France. Ce nombre recouvre des situations très dissemblables, que l'on peut approcher par le biais du système de classement le plus utilisé par l'administration – notamment pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – qui est la grille Aggir <sup>8</sup>, comportant six groupes.

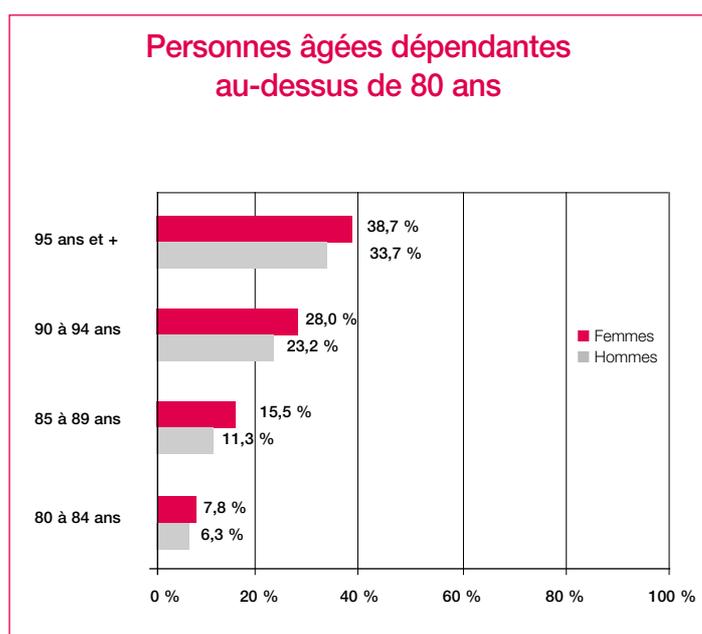
On classe parmi les personnes dépendantes celles relevant des GIR 1 à 4. Les GIR 5 n'ont besoin que d'une éventuelle aide ménagère et les GIR 6 sont parfaitement autonomes.

- GIR 1 correspond à une personne confinée au lit, aux fonctions mentales altérées, en fin de vie. Elle a besoin d'aide pour tous les actes essentiels de la vie ;
- GIR 2 s'applique soit à une personne qui peut être confinée au lit ou dans un fauteuil, soit à une personne capable de se déplacer, mais dont les fonctions mentales sont altérées. Elle doit être prise en charge pour la plupart des actes courants ;
- GIR 3 correspond à une personne dont les fonctions mentales ne sont pas altérées, mais qui a une faible autonomie corporelle. Elle a besoin d'une aide quotidienne, plusieurs fois par jour ;
- GIR 4 correspond au stade inférieur de dépendance : besoin d'être aidé pour se déplacer (plus précisément pour se lever. Une fois debout, la personne peut se déplacer), pour s'habiller et parfois pour faire sa toilette.

Les effectifs des groupes « dépendants » (en fait, pouvant prétendre à l'APA) sont de :

GIR 1 :	82 000
GIR 2 :	298 000
GIR 3 :	217 000
GIR 4 :	481 000

Quand on parle de dépendance, on appréhende souvent globalement les groupes GIR 1 à GIR 4, qui ouvrent tous le droit à l'APA.



## Les projections : combien de personnes âgées dépendantes en 2040 ?

L'augmentation de l'EVSI fait baisser le taux de dépendance. Mais, parallèlement, la population des personnes âgées de plus de 75 ans s'accroît sensiblement, sous l'effet combiné du vieillissement des baby-boomers et de l'augmentation de l'espérance de vie. La résultante est une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.

La population des 75 ans et plus devrait dépasser les 10 millions en 2040, et les personnes de 80 ans et plus, âge auquel la prévalence de la dépendance commence à augmenter sensiblement (cf. tableau ci-dessus), devraient être 7 millions en 2040 (soit plus de trois fois plus qu'en 2000).

Les projections de l'Insee donnent, dans l'hypothèse centrale, un nombre de 1 230 000 personnes âgées dépendantes en 2040. L'hypothèse « optimiste » est de 1 140 000.

La population dépendante sera en moyenne plus âgée qu'aujourd'hui (4 ans de plus pour les hommes, 5 ans de plus pour les femmes) par combinaison de l'accroissement de la durée de vie et d'un âge d'entrée en dépendance plus élevé en 2040 : 82 ans pour les hommes, 88 ans pour les femmes.

Les retours d'expérience sur les projections de l'Insee montrent qu'elles sont toujours prudentes. Les perspectives de progrès dans de multiples domaines rappelées plus haut autorisent à affecter le scénario « bas » (le plus optimiste) d'un taux de probabilité élevé.

## Quelles politiques pour quel public ?

### ■ Les composantes économiques et culturelles

« La génération de mai 1968 a changé l'université, a changé l'entreprise. Ce sont ceux-là qui vont changer la retraite »<sup>9</sup>

Jusqu'en 2015-2020, le revenu moyen des ménages retraités devrait continuer à augmenter en valeur absolue, même si le rapport revenu des retraités/revenu des actifs se dégrade.

En effet, arrivent aujourd'hui à l'âge de la retraite des générations comportant une majorité de couples biactifs, avec une proportion de plus en plus élevée d'actifs des CSP moyennes supérieures. Les catégories sociales les moins favorisées (agriculteurs, ouvriers) sont passées en vingt ans de 37 % à 25 % de la population, et les cadres et professions intermédiaires<sup>10</sup> de 29 % à près de 39 %.

Ce mouvement se poursuit, et les gros bataillons de baby-boomers qui parviendront dans les années 2030 à des âges où le risque de dépendance augmente constitueront une strate de personnes vieillissantes de plus en plus éduquées et de plus en plus aisées.

Leur niveau culturel plus élevé diminue leur risque de dépendance<sup>11</sup>.

Ils ont des habitudes de qualité de vie, en termes de confort, d'espace<sup>12</sup>, de vie sociale, qu'ils souhaitent conserver le plus longtemps possible, même si leur mobilité individuelle est réduite. Contrairement aux générations précédentes, dont les aspirations n'étaient peut-être pas très différentes, une partie d'entre eux (une majorité ? une forte minorité ?) auront les moyens de les satisfaire.

Les politiques publiques en direction des personnes dépendantes devront tenir compte de ces exigences croissantes, mais aussi de leur coût. Dès les années 2010, on va voir se creuser les inégalités de revenus. Les conséquences de l'individualisation des rémunérations, des carrières chaotiques et incomplètes pour de nombreux salariés, de la solitude (pour cause de

divorce, de veuvage, de baisse du nombre d'enfants et de mobilité de ces derniers) nous conduisent tout droit à une société duale. D'un côté, ceux qui pourront payer des soins leur permettant de rester à leur domicile dans de bonnes conditions ou de se retirer dans des institutions confortables, de l'autre ceux qui devront compter sur la solidarité nationale.

Pour financer leur vieillesse, des personnes âgées seront tentées de se défaire de leurs biens immobiliers, que ce soit par une vente pure et simple ou sous des formes de prêt hypothécaire (une formule entrée dans le droit français en 2005<sup>13</sup>). Celles qui vivent seules y seront peut-être incitées par les pouvoirs publics.

### ■ L'objectif à moyen terme : permettre à tous des choix de vie indépendamment de l'âge

Une grande majorité des personnes âgées veulent finir leur vie chez elles. C'est pour beaucoup un drame de devoir en partir. Les causes de ce départ sont :

- l'inadaptation de leur logement ;
- l'isolement ;
- la difficulté d'organiser leur maintien à domicile lorsqu'elles sont lourdement dépendantes.

L'un des défis que doivent relever les pouvoirs publics est de s'attaquer à cette question de façon organisée, avec des politiques cohérentes et pérennes.

### ■ Rendre une autonomie suffisante à 40 % des personnes « dépendantes »

Nous avons vu qu'une partie importante des personnes « dépendantes » relèvent en fait du GIR 4 : 45 % de l'ensemble, soit 481 000 en 2007 contre 597 000 pour les GIR 1 à 3.

Un objectif accessible et lisible serait de maximiser l'autonomie de ces personnes, de façon que l'on puisse, d'ici quelques années, ne plus les considérer

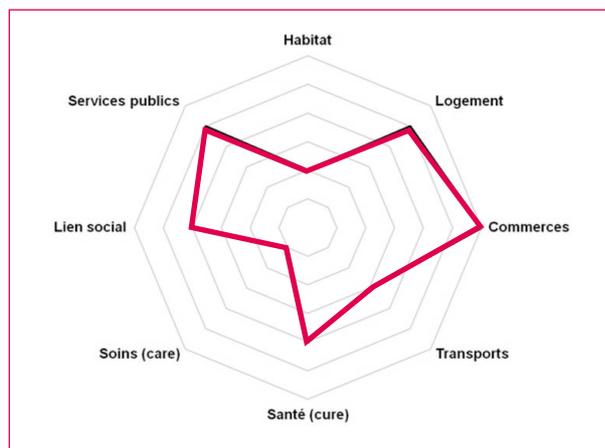
comme « dépendantes » ou du moins pas plus que la jeune fille de 25 ans bénéficiaire de la CMU, le diabétique de 35 ans ou l'homme de 50 ans suivi pour des troubles psychiatriques : il s'agirait d'être attentifs et solidaires, ni plus, ni moins.

Les enquêtes ont montré que parmi les femmes classées en GIR 4, 54,2 % résidaient en institution lorsqu'elles n'avaient ni conjoint ni enfant valide, contre 1,5 % dans le cas contraire.

La description rapide faite ci-dessus des besoins de ces personnes permet de penser que des efforts cohérents d'adaptation de l'environnement permettraient, pour les personnes classées dans ce groupe, de conserver la possibilité de choisir plus librement leur lieu de résidence (domicile ou institution) et leur mode de vie.

Pour aller dans ce sens, il faudrait soutenir efficacement toutes les personnes âgées souhaitant rester dans leur environnement familial. Cela passe par la structuration de réseaux. En font partie le médecin traitant, le pharmacien, les aidants professionnels, les Clic (centre local d'information et de coordination), les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), les CCAS (centre communal d'action sociale). C'est tout un ensemble à coordonner avec l'entourage, les voisins, les familles <sup>14</sup>.

En plus des questions évidentes de santé et de soins, les mots-clefs sont l'habitat (logement, accessibilité, déplacements), la lutte contre la solitude (réseaux sociaux, aidants familiaux, aidants professionnels), l'organisation et le management.



## Notes

1. C. Gucher est sociologue et directrice du Centre pluridisciplinaire de gérontologie de l'Université de Grenoble.

2. Le point d (nombre de personnes âgées dépendantes) est évidemment fonction des points a, b et c. Nous le plaçons à cet endroit pour faciliter l'exposé.

3. La dépendance n'est pas un état réservé aux personnes âgées, mais nous n'avons étudié que les conséquences du vieillissement, et nous ne nous sommes donc penchés que sur cette catégorie.

4. Ainsi que des philosophes comme Christine Overall, qui voit dans Aging, Death, and Human Longevity (Berkeley, UC Press, 2003) le prolongement illimité de la vie comme un objectif collectivement partagé, ou des sociologues comme Cécile Lafontaine (La société postmortelle, Le Seuil, 2008), qui décrit nos sociétés « engagées dans une lutte pour en finir avec la mort ».

5. « Enquête sur la santé et les soins médicaux en France », Insee, 2003. Population et sociétés n° 441, Ined, janvier 2008.

6. Il faut prendre ces chiffres comme des ordres de grandeur : ils varient d'une étude à l'autre, pour les raisons habituelles : biais dans l'échantillon – en particulier pourcentage de personnes enquêtées à leur domicile et en institution – et définition du phénomène mesuré.

7. Plusieurs enquêtes réalisées avec des méthodes différentes par des organismes différents donnent des résultats qui ne sont pas directement comparables, notamment à cause de la difficulté de s'entendre sur la définition des limites entre les différents niveaux de gêne ou de dépendance. Cf. entre autres Cambois, Clavel & Robine, « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », in dossier « Solidarité & santé » n° 2, ministère de la Santé, avril-juin 2006.

8. Autonomie gérontologie groupes iso-ressources. Il existe d'autres classements, qui pourraient être utilisés de la même façon. L'important est la cohérence (et la connaissance) des chiffres correspondant aux diverses définitions.

9. P. Champvert, président de l'Association des directeurs d'EHPA, Le Monde, 15 mai 2005.

10. Professions intermédiaires : techniciens, agents de maîtrise, instituteurs, infirmières, assistantes sociales...

11. M. Duée ; C. Rebillard, « *La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme* », doc. Insee G 2004/2, avril 2004.

12. En particulier en matière de logement : malgré l'augmentation des prix, la surface moyenne des logements a augmenté de 11 % en France en dix ans (1996-2006) et la surface moyenne par personne de 30 %. Et les plus de 65 ans disposent d'une surface moyenne par occupant supérieure de 80 % à celle des moins de 40 ans, voire de 100 % si l'on compare des personnes seules de moins de 30 ans et de plus de 65 ans (Insee, enquête Logement 2006).

13. Article 24 de la loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005

« pour la confiance et la modernisation de l'économie ».

14. Il existe déjà des « réseaux de santé » – par exemple Arcade, dans les Hautes-Pyrénées (directeur : Thierry Godet) – ayant une structure et un mode de fonctionnement « en qualité ». Les réseaux de santé de proximité « centrés sur les populations, à l'échelle du quartier, de la ville ou d'un bassin de vie, développent, parallèlement à la prise en charge médico-sociale des personnes, une activité de santé publique ou de santé communautaire. Ils associent les services publics locaux, les professionnels de santé et les associations autour de projets de diagnostic, de prévention et de formation. Ils sont généralement constitués sous la forme associative. »

# CONCLUSION

Alain Trognon

*Directeur de l'enseignement supérieur et de la recherche à l'Insee*

« **D**émographie de la dépendance », c'est le titre retenu pour cette table ronde. Il porte le sérieux, la technicité et la renommée des quatre experts réunis ; mais je suis sûr que Jean-Hervé Lorenzi aurait préféré nous interroger par une affiche telle que « peut-on croire aux projections démographiques ? », affiche plus polémique à l'heure où les recommandations des experts sont elles-mêmes interrogées voire contestées.

Peut-être en réponse à ce titre polémique sous-jacent, d'emblée Pascale Breuil et Didier Blanchet, « statisticiens officiels » à l'Insee, précisent le vocabulaire : ils ne présentent pas des *prévisions* mais des *projections*. C'est une distinction forte car leurs travaux incorporent des tendances, des inflexions et des scénarios pour lesquels il y a aujourd'hui encore beaucoup d'incertitudes. Les conséquences sont donc « ambiguës » pour reprendre le terme de Didier Blanchet. Cette ambiguïté est visible sur ses graphiques spectaculaires. Dans le même esprit, Pascale Breuil remet opportunément à leur place les exercices qui décrivent ce qui peut advenir et elle insiste sur le point essentiel : ces travaux de projection servent à représenter les conditions de réalisation que les experts ont repérées ; elles peuvent relever de circonstances et de domaines très différents, mais elles informent sur l'étendue du « champ des possibles » à un moment donné. Le retour périodique sur l'exercice de projection qui conforte ou infirme les caractères évolutifs attendus est l'outil de connaissance et d'apprentissage pour la réduction de ce champ.

L'intervention d'Alain Parant (Ined), qui revient au cœur de l'étude démographique, ne peut ignorer la structure de la société et les capacités individuelles ou collectives de la prise en charge des phénomènes

corrélés de vieillissement et de dépendance ; la progression de ces phénomènes est une certitude. Marc Mousli (Lipsor, Cnam) complète cette approche dans le sens où la dépendance est un phénomène social. Son analyse prospective dresse la liste des risques, des leviers de prévention et des progrès médicaux qui auront un impact fort sur l'aspect qualitatif mais aussi sur le volet quantitatif en nombre et en coût... Elle nous met face au choix d'une société où la longévité et ses conséquences portent sur les conditions matérielles de toutes les générations vivantes au même titre que ce qui est observable et prévisible pour le domaine des retraites. Alain Parant et Marc Mousli présentent ainsi d'autres tendances et d'autres ruptures prévisibles des comportements individuels et sociaux, mais aussi celles que porteront les progrès scientifiques et médicaux. C'est à partir de ces éléments prospectifs répertoriés, analysés et quantifiés périodiquement au mieux qu'il conviendra de nourrir l'équivalent d'un tableau de bord destiné aux acteurs publics et privés. C'est cette accumulation organisée et permanente qui peut rapprocher le temps court des décisions sociopolitiques et de la progression lente des connaissances socioéconomiques.

Si nos experts s'expriment avec la prudence des scientifiques en affichant les incertitudes, ils montrent leur capacité à lister les facteurs primordiaux et leurs effets prévisibles aujourd'hui, qu'ils soient comportementaux, sociétaux ou économiques. Et s'il ne faut pas s'attacher à la seule tendance centrale des exercices de projection démographique datés, il conviendrait collectivement de suivre les sentiers, routes et chemins qu'ils préfigurent. Les débats, rencontres, séminaires et commandes issues des contacts entre les acteurs académiques et la « société civile » favorisent nécessairement des points d'accumulation.

# Y A-T-IL UNE ÉCONOMIE DE LA DÉPENDANCE ?

*François-Xavier Albouy*

*Malakoff Médéric et IRI-Crea (Université Paris-Dauphine)*

**L**a difficulté à mettre en place une assurance dépendance tient à trois causes d'ordres différents.

La première tient à la complexité de l'architecture du système français de protection sociale, constituée d'un enchevêtrement des garanties et des opérateurs – qui vont de la Sécurité sociale aux régimes complémentaires, en passant par l'aide sociale de l'Etat ou des collectivités territoriales – auxquels s'ajoutent les dispositifs de marché. Qui doit s'occuper de la dépendance ? Est-il judicieux d'augmenter le rôle de la Sécurité sociale ? Faut-il développer des mécanismes d'aide sociale décentralisée comme l'APA ? Ou faut-il au contraire privilégier une offre concurrentielle assise sur des mécanismes de marché et favorisée par des avantages fiscaux ou sur la transmission des patrimoines ?

Ces questions sont d'autant plus sensibles que le système de protection sociale en France est à la croisée des chemins. Les positions des différents acteurs sont souvent défensives et radicales, alors même que l'analyse technique économique ne peut pas trancher entre des choix d'organisation politiques.

La seconde cause est liée à la nature du risque. La peur du vieillissement, c'est en fait, la peur de la dépendance ; et la peur de la dépendance, c'est bel et bien la peur de la folie. Cette crainte est suffisamment forte pour, d'un côté, favoriser une forme de catastrophisme à l'échelle collective : il s'agirait d'un risque ingérable ! Mais, dans le même temps, ce risque est

en quelque sorte censuré par les individus qui peinent à souscrire des garanties individuelles.

La troisième cause relève de la difficulté à circonscrire le risque dans toutes ses dimensions : à partir de quels signes ou symptômes est-on en dépendance ? Quelle est la demande sociale de protection et quelle sera son évolution ?

---

## La connaissance instantanée du risque

---

**C**elle-ci est assez bien identifiée et documentée. Il y a environ 1 million de personnes dépendantes en France. Les scénarios de projection privilégient une hypothèse centrale d'une évolution lente de 1 % par an. L'espérance de vie en dépendance est stable, aux alentours de 4 ans. Ainsi, l'âge d'entrée en dépendance a-t-il tendance à reculer.

Les contraintes qui pèsent sur les ménages sont aussi bien connues.

La dépendance lourde représente un budget mensuel de 2 000 à 3 000 euros pour les Ehpad. Le maintien à domicile représente un budget de l'ordre de 400 euros par mois. L'APA contribue pour une somme mensuelle de 300 à 500 euros. En l'état actuel du marché, les différents types d'assurance dépendance (contrats individuels et collectifs)

permettent de disposer d'environ 300 euros par mois. La retraite moyenne mensuelle étant de 1 200 euros et la diffusion des garanties dépendance étant très faible, l'équilibre du budget des ménages se réalise par des contraintes fortes : transferts ascendants des enfants vers les parents, liquidation des biens immobiliers..., lesquelles frappent directement les classes moyennes.

Du point de vue des finances publiques, la dépendance représente 1 point de PIB en 2008 et les prévisions tournent autour de 1,5 point à l'horizon 2025.

La mission d'information du Sénat sur le risque dépendance permet d'anticiper les dispositions que le gouvernement devrait prendre en 2009. Elle avance que les personnes âgées qui disposent d'un patrimoine de l'ordre de 150 000 ou 200 000 euros devraient, pour bénéficier de l'APA, mettre en gage une partie de leur patrimoine à hauteur de 20 000 euros. Faute de quoi, elles ne percevraient qu'une partie de l'APA (par hypothèse, 50%). Cette disposition permettrait de générer près de 1 milliard d'économies pour les finances publiques à partir de 2013.

Par ailleurs, la mission suggère de développer l'offre d'assurance dépendance et de dynamiser ce marché, aujourd'hui assez faible, par des partenariats public-privé (PPP), et également par des liens avec les garanties d'épargne retraite et d'assurance vie, accompagnés de déductibilité fiscale.

Elle propose en outre différents dispositifs permettant une meilleure solvabilité des ménages confrontés au maintien à domicile (MAD), de regrouper l'APA et les aides au logement, d'homogénéiser les règles d'attribution de l'APA entre les départements, d'améliorer la formation des « auxiliaires de vie », enfin de trouver des sources d'économies dans une meilleure gestion des Ehpad.

Ce constat rapide et les trois problématiques évoquées permettent de poser une série de questions importantes sur la mise en place d'un système de couverture.

## Est-il certain que le risque dépendance soit stable ?

**E**n fait, plusieurs types d'incertitudes sont liés à ce risque. Ainsi, le National Bureau of Economic Research (NBER) prépare actuellement un ouvrage dont le titre sera *The Causes and Consequences of Declining Disability Among the Elderly*, sous la direction de David Cutler et de David Wise.

Ils avancent que des facteurs générationnels sont très importants dans la prévalence du risque. Il semblerait ainsi que les générations les plus jeunes seraient moins soumises à ce risque que celles de leurs aînés.

Les résultats de ces travaux, s'ils devaient être confirmés, seraient une bonne nouvelle. Par ailleurs, les progrès de la recherche et des biotechnologies sur les maladies dégénératives et sur le vieillissement seront sensibles dans les prochaines années. Enfin, il semble que des actions de prévention soient possibles et efficaces.

Ainsi, l'évolution du risque dépendance est stable ou en régression. Aux États-Unis, on constate une baisse assez marquée des personnes dépendantes à âges élevés pour les générations les plus récentes. Les baby-boomers vieillissent mieux que leurs parents.

Cette baisse est directement imputable à l'amélioration de l'état de santé de la population, aux progrès de la médecine et à une meilleure accessibilité des soins et des médicaments.

Les modèles économétriques de la dépendance permettent par ailleurs de simuler des trajectoires de santé. Les personnes en mauvaise santé à 50 ans ont une probabilité beaucoup plus importante d'être dépendantes à âges élevés. De même, seulement 20 % de ces personnes en mauvaise santé sont encore en vie à 90 ans. Ces trajectoires déterministes ont tendance

à montrer que la probabilité de devenir dépendant est très fortement liée à l'état de santé à 50-60 ans. Des facteurs comme la dépression au départ en retraite semblent sensiblement conditionner la dépendance à âges élevés.

Selon un rapport de l'OCDE portant sur douze pays, le risque de dépendance sévère est en forte diminution dans cinq d'entre eux : les États-Unis, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas et l'Italie. Il est stable dans deux pays : l'Australie et le Canada. Mais, de manière surprenante, au Japon, en Belgique et en Suède il est en forte augmentation. Au Royaume-Uni et en France, les données disponibles ne permettent pas de trancher entre une augmentation ou une diminution. D'après les auteurs de ce rapport, les politiques publiques en matière de dépendance doivent rester prudentes et tenir compte du fait que la demande de soins de long terme pour les personnes âgées augmentera naturellement du fait du vieillissement de la population âgée – ce qui revient à une augmentation de la prévalence du risque.

Les différences entre les pays dans la mesure de l'incidence du risque sont surprenantes. La mesure est délicate puisque le risque dépend de définitions qui peuvent varier d'un pays à l'autre et que l'existence de mesures publiques modifie les déclarations. Ainsi, en France la variation entre les aides attribuées d'un département à l'autre dépend de facteurs sociaux, mais probablement aussi d'un hasard moral, certains conseils généraux étant plus généreux que d'autres.

Au-delà de ces difficultés d'interprétation, il semble que le risque frappe particulièrement certaines générations, par exemple celles de la crise des années 1930 aux États-Unis ou celles de la Seconde Guerre mondiale en Europe. Des recherches complémentaires devraient permettre de déterminer si l'alimentation en bas âge a un effet sur la dépendance à âges élevés.

## ■ Les facteurs socioéconomiques

Une inégalité très forte dans la distribution du risque suivant le niveau socioéconomique existe dans

tous les pays. Le niveau d'éducation, l'accès à la prévention, le niveau de patrimoine ou de revenus, l'appartenance ethnique sont des marqueurs forts de la dépendance à âges élevés. Le déterminisme social est important et il n'y a pas d'égalité devant le risque de dépendance.

Notons que si le risque diminue fortement aux États-Unis, des recherches récentes s'inquiètent des effets de l'obésité à long terme. Ce phénomène d'obésité est devenu une véritable préoccupation de santé publique dans ce pays et pourrait avoir pour conséquence une nouvelle augmentation du risque de dépendance dans les années à venir.

La généralisation très difficile des contrats de dépendance peut s'expliquer par ces facteurs socioéconomiques : d'une manière générale, c'est la population la plus à risque, donc celle qui en a le plus besoin, qui est la moins assurée pour des risques de long terme.

---

## L'antisélection sur un marché libre

---

**O**n peut prévoir qu'elle soit forte. En effet, pour des raisons qui tiennent à l'équilibre sur les marchés d'assurance, dans un marché libre, les tarifs des sociétés d'assurances seront nécessairement segmentés. Celles-ci chercheront à se prémunir contre des comportements de surassurance de personnes présentant des risques objectifs d'entrer en dépendance plus élevés que la moyenne. Faute de quoi, les cotisations seraient trop élevées pour des personnes en bonne santé ou jugeant leur risque faible. Et de fait, des variables assez simples à détecter semblent déterminer longtemps à l'avance les probabilités d'entrée en dépendance.

Il y a donc peu de chances qu'un marché libre d'assurance de dépendance réussisse à couvrir l'ensemble de la population tout en atteignant l'équilibre.

## ■ Les résistances à une assurance obligatoire

Des résistances objectives importantes existent face à l'établissement d'une nouvelle assurance obligatoire.

Faut-il rendre l'assurance dépendance obligatoire ? La question est importante puisque le marché existe depuis vingt ans (les premiers contrats sont apparus en 1986) et que seulement 2 millions de personnes sont couvertes. La perception du risque est insuffisante pour généraliser le développement de ce marché, soit parce que son estimation est en dessous de la réalité, soit parce que la négation de ce risque est importante ; soit encore et tout simplement parce que la généralisation massive d'une assurance sur un risque faible ne peut se faire en pratique que si elle est rendue obligatoire par la loi (comme la responsabilité civile automobile) ou par adjonction automatique à des contrats (par exemple multirisque habitation).

Les exemples des marchés de masse en assurance montrent que l'obligation est la seule manière d'atteindre une efficacité globale des mécanismes d'assurance, alors même que la distribution des risques dans la population est plus ou moins prévisible.

Autre possibilité : la création, par les organismes publics ou de Sécurité sociale, d'un dispositif rendant obligatoire l'assurance dépendance. Elle présente plusieurs inconvénients : cela s'apparenterait à un prélèvement social supplémentaire qui alourdirait encore le poids des prélèvements obligatoires.

Par ailleurs, les opérateurs de marché sont réputés plus efficaces dans la gestion des risques : le coût du risque sur longue période demande une capacité à segmenter les publics qui est importante et demande aussi des investissements dans les services et technologies dédiés aux personnes dépendantes.

Le caractère obligatoire d'une assurance dépendance permettrait en outre :

- de mettre en place un système de répartition avec un régime par points qui répondrait au problème de la génération des plus de 80 ans d'aujourd'hui ;

- d'offrir une garantie effective dès la mise en place des contrats ;
- de permettre une portabilité et une continuité des droits.

Enfin, l'offre de contrats collectifs pourrait se généraliser par le canal des conventions nationales et de branches. Mais les inconvénients de ce type d'obligation seraient à l'évidence d'augmenter les cotisations sociales des entreprises et des salariés ainsi que le passif social des entreprises.

---

## Les propositions de la commission du Sénat

---

Elles évitent ces écueils en proposant des mécanismes permettant de maintenir l'APA sous conditions de ressources ; et, en ajoutant une condition de récupération du patrimoine, la commission instaure non pas une obligation d'assurance, mais une incitation forte à l'assurance pour préserver la transmission des patrimoines.

On peut imaginer que des produits d'assurance viendraient en nantissement de ce gage et permettraient de bénéficier de l'APA à taux plein tout en préservant la faculté de transmettre ce patrimoine.

Une fois ce premier étage stabilisé, rien n'empêcherait de l'utiliser comme vecteur d'une offre individuelle ou collective d'assurances supplémentaires contre la dépendance.

Reste à modéliser l'importance, dans les motivations de transmission du patrimoine, d'un gage de 20 000 euros.

Reste aussi à comprendre comment ces mécanismes pourraient favoriser, ou au contraire limiter, des donations précoces, assorties d'une obligation effective de prise en charge des parents par les enfants.

Des travaux de recherche devraient permettre de mieux caractériser le réalisme économique de ces

dispositions : liquidité des patrimoines transmissibles, effets sur les transmissions des TPE, etc.

## La généralisation d'une assurance dépendance

Elle passe par une meilleure compréhension des fondamentaux de ce risque.

### ■ La mesure de l'événement déclencheur de la prise en charge est complexe

La grille Aggir est imprécise. On lui reproche d'une part de laisser la porte ouverte à une grande latitude dans les interprétations ; d'autre part de ne tenir compte que des limites dans l'autonomie effective des personnes concernées (incapacité à se nourrir, à se déplacer, etc.) ; enfin, de ne pas prendre en compte des facteurs d'absence de contrôle qui mettent en danger la personne dépendante et son entourage (pertes de mémoire, incapacité à se repérer à l'extérieur, danger dans l'exécution des tâches ménagères – gaz...).

En France, le système qui va vers une articulation entre couverture collective et couverture individuelle demandera que les prises en charge soient harmonisées entre les couvertures publiques et privées. Les assureurs, à juste titre, ne voudront pas déléguer à des acteurs publics le soin d'expertiser le risque et demanderont des contre-expertises. Le décalage entre les opinions est une source importante de difficultés et de contentieux.

### ■ L'impossibilité de garantir les prestations en nature

Offrir des prestations en nature pour couvrir la dépendance est une évidence. Mais pour l'assureur public ou privé, cela signifie prendre un risque sur

l'évolution des salaires dans des emplois peu qualifiés à vingt ou trente ans. Ce risque s'est avéré suffisant pour mettre en difficulté des assureurs américains. Il est en effet impossible de fixer la prime actuariellement juste qui permette d'acheter une heure de travail à horizon de vingt ans : il n'y a pas de productivité du travail dans les services. Ce risque se combine avec les progrès des connaissances dans le traitement de la dépendance lourde qui amènent des niveaux de formation et de qualification des personnels de plus en plus importants.

### ■ Une demande sociale en forte évolution et des technologies qui peinent à trouver leur marché

Un autre facteur important dans l'évolution du risque semble être la demande toujours plus élevée des familles dans la qualité des soins et le confort apportés aux personnes dépendantes. Ce phénomène sociologique tient tout autant à l'évolution vers une meilleure connaissance du risque dépendance et à son caractère irréversible, qu'à sa prise en charge par des structures indépendantes de la famille. Ce sont des évolutions radicales de la société qui définissent le coût du risque et l'ampleur de la contrainte sur le budget des ménages.

Hier encore, la prise en charge était essentiellement familiale, la clientèle des Ehpad était une clientèle aisée, sans problème de santé spécifique, qui souhaitait vivre dans un habitat offrant des services. Aujourd'hui, la demande pour un confort plus important des personnes âgées s'est concrétisée par un développement du MAD et un cantonnement des Ehpad aux solutions de fin de vie. En l'absence d'assurance, le coût associé à cette évolution repose sur les familles et l'aide sociale (APA). Enfin, la difficulté d'organiser matériellement le MAD et l'hospitalisation à domicile (HAD) est à l'origine d'une demande concernant l'aide aux aidants qui fait l'objet de nombreuses communications. On notera que les garanties aides aux aidants sont incluses dans certains contrats collectifs de prévoyance des grandes

entreprises aux États-Unis. Les structures de services s'appuient alors sur les systèmes de *care management* qui sont développés par les assureurs.

Enfin, de nombreuses études montrent que les technologies développent des dispositifs sécurisants qui permettent de maintenir les personnes en situation de faible dépendance à domicile et de diminuer les risques d'accident qui marquent souvent l'entrée en dépendance lourde. Cependant, ces technologies balbutiantes peinent à trouver un marché. Des dispositifs d'assurance et un investissement des sociétés d'assurances dans ces technologies permettraient de garantir une meilleure diffusion à toute la population. Ce serait une manière de préparer la gestion d'un nouveau risque, en amont de la dépendance, celui de la fragilité à âges élevés.

### Bibliographie

Commission du Sénat sur la dépendance, rapport d'étape, 2008.

LAFORTUNE G. ; BALESTAT G., "Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications", OECD, 2007.

KESSLER D, Position Paper, Scor, novembre 2008.

CUTLER D. ; WISE D., Health at Older Ages: The Causes and Consequences of Declining Disability Among the Elderly, NBER (ouvrage en preparation).

Document de cadrage sur les politiques sociales en France, *Futuribles* 2008.

# VIELLISSEMENT DE LA POPULATION, GÉRONTOCROISSANCE ET MARCHÉ DU LOGEMENT

*Laurent Batsch*

*Président de l'Université Paris-Dauphine*

*Denis Burckel*

*Professeur associé, Université Paris-Dauphine*

*François Cusin*

*Maître de conférences, Irisso, CNRS-Université Paris-Dauphine*

*Claire Juillard*

*Chercheuse associée, Cereq, Université Paris-Dauphine*

Déjà bien entamé, le vieillissement de la population française a vocation à s'accroître dans les prochaines décennies, en raison de l'avancée en âge de la génération du baby-boom, de l'augmentation de l'espérance de vie et d'une faible natalité. Cette augmentation de la part des personnes âgées de plus de 60 ans verra son effet structurel démultiplié par un autre phénomène : la « gérontocroissance », soit l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population (Durance, 2005) <sup>1</sup>.

Le double phénomène du vieillissement et de la gérontocroissance ne concerne pas seulement la santé publique ou les systèmes de financement des retraites et de la Sécurité sociale : il modifie les projets de vie des ménages et influence la demande de logement, tant en quantité qu'en qualité. En particulier, il aura

trois effets cumulatifs sur les marchés immobiliers : un « effet de population », lié à des tendances démographiques et sociologiques propres ; un effet de localisation, lié à la mobilité des seniors ; et enfin un effet sur le type d'habitat, lié à l'expression d'aspirations et de besoins nouveaux <sup>2</sup>.

---

## L'« effet de population »

---

Du point de vue démographique et sociologique, les effets du vieillissement de la population et de la gérontocroissance sont à la fois mécaniques et de l'ordre des comportements. En affectant la structure et les flux de population autant que les pratiques des ménages, ils pèsent sur l'offre et la demande de logement.

## ■ Le « choc démographique » ou les effets mécaniques de la croissance par la population

La part et le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans dépendent d'abord de la démographie. Dans les prochaines décennies, le vieillissement de la population va s'accélérer, sous l'effet de l'avancée en âge de la génération du baby-boom et de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance (à raison d'un an en moyenne tous les quatre ou cinq ans). Ainsi, alors que la part des plus de 60 ans représentait 17 % de la population en 1970, elle était de 21 % en 2005 et, selon les projections de l'Insee, elle s'élèvera à 31 % en 2030 et à 35 % en 2050.

Le vieillissement de la population et la gérontocroissance ont aussi bénéficié de la baisse de la mortalité depuis les années 1950, dans un contexte de paix marqué par l'amélioration du système sanitaire et l'accès au confort moderne. Cette tendance démographique augmente mécaniquement le nombre de petits ménages. Plus de 8 millions de personnes vivent actuellement seules en France. Avec la baisse de la natalité, la diminution de la proportion de familles nombreuses et l'augmentation de la divortialité, le vieillissement de la population et la gérontocroissance concourent pour une large part à la diminution du taux d'occupation des logements. Celui-ci est passé de 3,10 personnes par logement en 1946 à 2,57 en 1990 et moins de 2,3 en 2009. Le mouvement est en marche depuis l'après-guerre. Il est voué à se poursuivre pendant au moins un quart de siècle et à peser toujours plus sur l'augmentation de la demande de logement. C'est le « choc démographique » (Batsch et al., 2006).

L'effet est aussi mécanique sur la structure même de l'offre : la mobilité résidentielle diminuant de façon très significative avec l'âge <sup>3</sup>, le poids et le nombre croissant des « gérontes » dans la société française impactent l'ensemble de la chaîne du logement. Notamment, ils entravent la fluidité du marché et contribuent au net ralentissement de la rotation du parc, en particulier d'appartements familiaux aujourd'hui sous-occupés par une ou deux personnes âgées

aux enfants installés indépendamment.

Dans le parc HLM, cet effet est majeur et ne va pas sans poser de sérieux problèmes d'exploitation lorsque, à l'exemple du groupe SNI, 7 % des 4 pièces ou plus sont occupés par un ménage dont le chef a plus de 60 ans. Il révèle l'impact massif et durable de l'arrivée à l'âge de la retraite d'une génération très nombreuse, celle du baby-boom.

## ■ Le « choc sociologique » ou la croissance par les comportements

L'impact du vieillissement de la population tient aussi aux comportements et à leur évolution. Si le vieillissement conduit mécaniquement à diminuer le taux de rotation des parcs de logement, de nouveaux comportements concourent au contraire à une mobilité accrue des seniors. Sous l'effet d'une durée de vie valide à l'âge de la retraite passée de dix à vingt-cinq ans en quelques courtes décennies et d'une solvabilité globale qui n'est plus à démontrer, les seniors sont aujourd'hui de plus en plus nombreux à pratiquer une sorte de nomadisme résidentiel, entre une résidence principale en ville et une résidence seconde à la campagne ou au bord de la mer. Leurs circulations résidentielles révèlent un rapport particulièrement actif au logement, là où les générations précédentes s'avéraient plus passives à mesure qu'elles avançaient en âge. Les mobilités des seniors font désormais l'objet de projets anticipatifs à l'approche de la retraite (la préparation de la retraite « résidentielle » commence souvent à la cinquantaine), de même que la mise en conformité du logement ou le retrait sous un toit adapté fait l'objet de véritables stratégies « défensives » à l'approche de la dépendance (le retard de la dépendance permet de s'y préparer).

Finalement, le nombre de Français âgés mais néanmoins pleinement « acteurs » de leur logement s'élargit par les deux extrémités. D'un côté, le phénomène a bénéficié de l'abaissement du seuil d'entrée psychologique dans la retraite. Il a été renforcé par le développement des politiques de départ en préretraite dans les années 1980 et se traduit aujourd'hui par le très faible taux d'emploi des 55-64 ans (37,8 %) et,

ce faisant, par un effacement relatif des frontières entre les mondes des actifs et des retraités.

Aussi le départ à la retraite n'a-t-il plus le même sens qu'auparavant. De moins en moins synonyme de désengagement social, la retraite devient une période « active ». En particulier, la première étape du cycle de retraite s'accompagne de l'engagement des retraités dans de nouvelles activités, avec un impact sur les dynamiques résidentielles. Non seulement on part plus jeune à la retraite, mais les anticipations portent sur une période de plus en plus longue. La modification du rapport au temps qui en résulte modifie les choix de mode de vie et de résidence. Une question subsiste néanmoins : quel sera l'impact de l'allongement des durées de cotisation sur l'âge des futurs départs à la retraite ? Avec quelles conséquences sur les stratégies résidentielles ?

De l'autre côté, le recul de l'âge du passage dans la dépendance contribue à allonger la période de vie active et à multiplier projets, mobilités et circulations résidentielles. Il confortera la déconnexion croissante qui s'opère entre l'âge social, largement lié à l'institutionnalisation politique, économique et sociale de la retraite, et l'âge chronologique des personnes atteignant l'âge de la dépendance (Caradec, 2001). Entre anticipation et allongement, la retraite constitue désormais un cycle de vie à part entière. Un cycle entamé par le troisième âge, cette nouvelle jeunesse offrant les conditions de réalisation de soi, et abouti par le quatrième âge, dont l'entrée induit de nouvelles mobilités en même temps qu'elle en annonce le terme.

#### *Le choc sociologique de l'immigration des seniors du Nord de l'Europe*

L'attrait de notre pays pour des seniors du Nord de l'Europe, les Anglais, les Allemands, ou encore les citoyens du Benelux est, depuis les années 2000, à l'origine d'environ 30 000 achats de logements par des étrangers chaque année. Cette demande immobilière s'est concentrée sur les arrondissements centraux de Paris. Les centres historiques de quelques grandes villes françaises, les villes du littoral et des communes

rurales du Centre, de l'Ouest, du Sud-Ouest et du Sud de la France. Ce comportement migratoire persistera-t-il dans l'avenir ?

## ■ Les seniors, deux générations aux conditions et aux comportements distincts

Les jeunes seniors et les futurs seniors correspondent aux générations du baby-boom. Pour les démographes, le baby-boom s'étend à l'ensemble des personnes nées entre 1946 et 1973. Cette définition comprend en fait deux générations. Sans doute est-elle trop large. Aux États-Unis, par exemple, le baby-boom prend fin au milieu des années 1960. En France, certains rappellent que le pic de fécondité est atteint durant la période 1946-1954.

Sans entrer dans le débat des limites précises du baby-boom, il semble nécessaire de distinguer la première génération des baby-boomers de celle de leurs enfants nés dans les années 1960-1970. Sur le plan sociologique, économique ou politique, ces deux classes d'âge correspondent à deux communautés de destin bien différentes. Pour faire bref, la première a connu l'essor des Trente Glorieuses et Mai-68, tandis que la seconde a grandi et est entrée sur le marché du travail dans un contexte d'insécurité économique durable. D'où deux fortes disparités entre les deux générations, comme l'a montré Louis Chauvel (1998).

## ◆ En matière de logement, le destin des premiers baby-boomers

Les baby-boomers nés avant le milieu des années 1950 correspondent à une génération pionnière dans bien des domaines. Plus actifs, ils ont connu la libération des mœurs, des carrières ascendantes, la généralisation du travail de la femme et la consommation de masse. Ils en ont développé un état d'esprit différent des générations précédentes : une culture, une éthique et des choix de vie spécifiques dénotant

à la fois une capacité de mobilisation collective et des valeurs individualistes, voire hédonistes.

Malgré le choc des divorces et des recompositions familiales et leur lot de conséquences sur les parcours résidentiels (Batsch et al., 2006), les premiers baby-boomers ont retiré de ce « destin de génération » une forte solvabilité, des revenus de remplacement encore peu écornés par le vieillissement et ainsi un accès favorisé à la propriété (76 % des retraités sont propriétaires d'au moins un logement contre 57 % de l'ensemble des ménages) et le bénéfice d'un habitat plus spacieux (Benguigui et Bonvalet, 2006).

Cependant, les baby-boomers ne sont pas égaux et de fortes disparités les distinguent même. En particulier, certaines franges de leur génération se sont avérées moins bien armées et plus vulnérables face au chômage de masse et à la crise des petites retraites. Le constat rappelle qu'une génération ne se définit pas seulement par les années de jeunesse mais aussi par ce qu'elle vit durant un temps T. C'est l'effet de contexte ou de période. De ce point de vue, ils partagent des incertitudes nouvelles relativement à l'avenir professionnel et matériel de leurs enfants. Ils retrouvent une communauté de destin, face à un autre destin, celui de la seconde génération du baby-boom.

#### ◆ Un autre destin, celui de la seconde génération du baby-boom

Quant à eux, les baby-boomers nés à partir de la fin des années 1950 ont subi de plein fouet les effets de la « crise » à leur entrée sur le marché du travail. Ils évoluent sur un marché du travail et un univers professionnel marqués par une plus grande flexibilité, avec des changements d'entreprise plus fréquents, un risque accru de traverser des périodes de chômage et, pour certains d'entre eux, l'enchaînement de contrats précaires. Les baby-boomers de la seconde génération sont également de plus en plus nombreux à former des familles monoparentales ou recomposées. Ils ont peiné à entrer dans le cycle résidentiel mais ont obtenu l'aide de leurs parents. Ces transferts intergénérationnels jouent un rôle de plus en plus déterminant dans le creusement des disparités patrimoniales.

Le taux de propriété a baissé à partir de la génération née en 1962. Ils approchent de la retraite mais craignent qu'elle soit plus tardive et moins rémunératrice que celle de leurs prédécesseurs. Ces baby-boomers commenceront à peser sur le marché du logement « âgé » dans quelques années, avec davantage de prudence que leurs aînés, voire en se retournant vers le parc locatif social. Mais leur investissement « logement » restera fort en raison de la sécurité qu'il apporte face aux aléas familiaux et professionnels. Pour eux plus que pour quiconque, le logement fait l'objet d'un investissement compensatoire qui constitue en effet un moyen d'améliorer leur cadre de vie. Dans le même temps, il remplit une fonction de sécurisation tant psychologique que familiale ou patrimoniale.

## L'effet de localisation

En forte évolution, la mobilité des seniors leur fait quitter certaines zones et en investir d'autres.

### ■ Les zones que quittent les seniors

Selon le mécanisme bien connu de l'héliotropisme, les Français arrivés à la retraite quittent les métropoles, en particulier la région parisienne, en direction de régions plus ensoleillées et offrant un meilleur cadre de vie. Les zones plus défavorisées – zones urbaines sensibles (ZUS) ou arrondissements périphériques du Nord-Est de Paris – sont particulièrement affectées par ce départ des seniors. Ainsi, près de 22 % des vendeurs en Île-de-France sont des retraités. La part des retraités dans les ZUS est nettement plus faible qu'en moyenne nationale.

Plus généralement, tandis que les villes-centres des métropoles françaises voient partir leurs retraités, elles accueillent de nombreux jeunes (étudiants, en recherche d'emploi). Cette double évolution bénéficie notamment à Paris, Toulouse, Montpellier ou encore Lyon. Elle rappelle en revanche combien le phénomène de métropolisation (concentration des ressources et des

emplois dans les grandes agglomérations) contribue en retour à la gérontocroissance d'un certain nombre de petites et moyennes villes.

Dans la plupart des zones rurales, l'évolution conduit aussi au vieillissement de la population. Les jeunes partent vers les bassins d'emploi alors que les nouveaux arrivants sont le plus souvent des retraités. Ces départs contribuent à faire chuter un peu plus la natalité des zones rurales. Cette tendance est cependant contrebalancée depuis une décennie par d'importantes mobilités dans le rural sous influence urbaine et dans les zones proches des littoraux.

Quant aux départs plus tardifs, à l'approche de la dépendance, ils se font plutôt des zones pavillonnaires périurbaines vers des centres-bourgs ou centres-villes, avec des services adaptés. Les baby-boomers ont fait l'étalement urbain à 40 ans ; feront-ils le recentrage urbain à 80 ans ? La tendance renforce le statut désormais provisoire de la maison individuelle qui, de point d'aboutissement d'une trajectoire résidentielle ascendante, devient une étape du parcours (Driant et al., 2002).

## ■ Les zones où se concentrent les seniors

Les migrations interrégionales des plus de 60 ans bénéficient à toutes les régions du Sud, principalement le Languedoc-Roussillon, l'Aquitaine, la région Midi-Pyrénées et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elles concernent aussi d'autres zones littorales comme dans le Poitou-Charentes. D'autres régions, qui voient souvent partir leurs jeunes, voient aussi revenir au pays les retraités. Il s'agit du Centre, de la Bretagne, de la Normandie et de la Corse. C'est la préférence aux racines et à la ruralité.

D'autres facteurs participent au choix de localisation. En particulier, la proximité des enfants attire les grands-parents : les zones attractives pour toutes les tranches de la population attirent donc aussi les seniors dans les quatre régions continentales du Sud. Les baby-boomers jouent un nouveau rôle dans les familles. Leur implication est d'autant plus forte que

leurs enfants ont des carrières professionnelles plus heurtées et subissent à leur tour le divorce et les recompositions familiales. En matière de logement, elle a vocation à organiser les mobilités, sinon à renforcer la tendance au maintien dans des appartements familiaux suffisamment spacieux pour accueillir les petits-enfants. Assurer le métier de grands-parents devient davantage possible en bonne condition physique et en proximité intellectuelle ou culturelle. Le logement, grâce à une chambre pour enfant, un lieu de détente, un éloignement limité, doit faciliter cette complicité avec les petits-enfants.

En milieu rural, comme dans nombre de communes urbaines de l'Ouest, du Sud-Ouest et du Sud, se développe une nouvelle économie résidentielle qui vise à attirer les seniors à fort pouvoir d'achat. Ceux-ci constituent une ressource pour les économies locales en raison de l'importance de leur patrimoine et de leurs revenus de transfert (Davezies, 2008). Mais, à terme, l'homogénéité générationnelle des communes qui se seront spécialisées dans l'accueil des seniors risque de poser problème : le renouvellement futur des habitants n'est pas assuré et les choix d'infrastructures (notamment scolaires) pèseront sur la capacité à attirer des ménages plus jeunes.

## ■ Des conséquences sur les prix

La répartition territoriale des plus de 60 ans demeure très inégale : 20 % en moyenne nationale, 16 % en Île-de-France, 33 % dans les zones rurales.

Les vendeurs les plus âgés vendent plutôt moins cher et les acheteurs âgés achètent plus cher. Ce constat explique que les départs des villes influencent assez peu les prix. En revanche, dans les zones d'arrivée de seniors, ces derniers ont tendance à « importer » les prix élevés des centres d'agglomération qu'ils viennent de quitter. Il en résulte des effets d'éviction au détriment des populations locales. Ces effets d'éviction peuvent être particulièrement importants lorsque des communes rurales sont investies par des retraités du Nord de l'Europe à fort pouvoir d'achat.

## L'effet sur le type d'habitat

L'attitude résidentielle des seniors est plus active à l'approche ou à l'entrée en retraite et plus défensive à l'approche de la dépendance.

### ■ Les nouvelles stratégies résidentielles des jeunes seniors

Les baby-boomers prennent conscience de la durée de retraite valide. On l'a vu, ils l'anticipent dans leurs choix de localisation et de type de résidence principale. Ils l'assument aussi par la réalisation d'autres projets immobiliers. Aussi l'investissement locatif, encouragé fiscalement, est-il devenu l'assurance vie des classes moyennes cherchant à se constituer un revenu complémentaire pour la retraite.

En outre, l'investissement dans la résidence secondaire préfigure la seconde résidence à la retraite (Caradec, 1999). En 2002, la moitié des crédits immobiliers pour résidences secondaires étaient contractée par des 50-65 ans ; un quart des résidences secondaires appartiennent à des ménages entrant en retraite (60-64 ans). Quand on passe d'un mode de vie à résidence unique à un mode de vie où l'on cumule une résidence principale et une résidence seconde, on crée une demande additionnelle : c'est un des aspects de la transition démographique et sociologique.

La taille et la localisation du logement doivent également permettre de rester actif. Garder une activité sociale, culturelle ou associative suppose un réseau social et donc la proximité à une agglomération vivante.

Aussi, les formules sur mesure rencontrent-elles un succès mitigé. Les résidences services en vogue dans les années 1980, les *gated communities* ou résidences très fermées et développées aux États-Unis (10 millions d'occupants), voire même les foyers-logements ne percent plus réellement. Les jeunes seniors recherchent un habitat relativement banalisé répondant prioritairement au besoin de socialisation.

L'idée de vivre entre personnes du troisième âge n'est pour le moment pas entrée dans les mentalités, au contraire de ce que l'on observe aux États-Unis.

Tout au plus, des promoteurs réfléchissent à des résidences « intergénérationnelles » ou « à proximité de lieux de centralité » ou encore adaptables pour des équipements spécifiques.

### ■ Le grand âge se prépare et se vit à domicile

Le nombre de personnes âgées dépendantes varie encore peu car la durée moyenne de dépendance a stagné, voire légèrement diminué depuis 1970 : la durée de dépendance quand elle survient dépasse de peu quatre ans et la phase d'hébergement collectif n'atteint pas un an en moyenne. Au total, en 2005, 800 000 personnes étaient dépendantes et 650 000 personnes âgées, dont un tiers de dépendants, vivaient en collectivité.

Certes, le développement des maladies neurodégénératives (Parkinson, Alzheimer) et l'augmentation du nombre des plus de 85 ans (1 million en 2005 et 2 millions en 2020) va amplifier le phénomène de la dépendance. Et l'hébergement collectif ne répondra que partiellement à la demande.

Mais les seniors souhaitent de façon très dominante rester à domicile. Les aménagements lourds de logement pour dépendants peuvent rester limités en nombre ; en revanche, des aménagements d'accessibilité ou de petits équipements concerneront des centaines de milliers de logements pour personnes très âgées non dépendantes d'ici 2020.

Les personnes qui entrent en situation de dépendance ont des besoins de financement lourds. Elles peuvent rencontrer des problèmes de flux de revenu, alors qu'elles sont propriétaires d'un stock de capital immobilier de grande valeur. La question est donc évidente : peut-on mettre à la charge de la société le coût de la dépendance et abandonner aux descendants l'héritage du patrimoine de la génération qui les a précédés ?

Les financiers préparent des solutions techniques, mais encore faut-il les faire entrer dans les mœurs...

La solution peut être par exemple celle du prêt viager hypothécaire, qui fonde le financement de la dépendance sur la valeur du bien, avec un prélèvement sur la valeur de réalisation de ce bien au moment de liquider la succession.

## Conclusion

**E**n conclusion, les seniors baby-boomers seront plus actifs sur le marché du logement... avec pour certains des pratiques, des besoins et des attentes spécifiques. Globalement, la demande de logement sera stimulée par la gérontocroissance, avec des effets amplificateurs dans certaines zones d'accueil des seniors. Parallèlement, des demandes plus ciblées, d'aménagement de logements ou de services à domicile, nécessiteraient des réponses publiques ou de la part des professionnels (financiers, promoteurs, entreprises du bâtiment, urbanistes). L'incertitude croissante concernant l'avenir des retraites renforce les formes d'investissement compensatoire dans le logement.

Enfin, la solvabilité en revenus et patrimoine des seniors de la prochaine décennie fera place à davantage de gêne matérielle des seniors de la décennie suivante. Les demandes de logements sociaux par les retraités devraient ainsi augmenter. Des formules nouvelles pourront être expérimentées dans un premier temps avant une mise en œuvre plus délicate sous forte contrainte budgétaire.

### Notes

1. *Le vieillissement modifie la pyramide des âges. Il faut distinguer cet effet de structure d'un effet de flux : la « gérontocroissance ». Celle-ci signifie l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population. Il peut y avoir gérontocroissance sans vieillissement de la population, et réciproquement.*

2. *Cet article s'appuie notamment sur l'étude réalisée par Laurent Batsch, Denis Burckel, François Cusin et Claire Juillard dans le cadre d'un partenariat entre l'Université Paris-Dauphine et le Crédit foncier de France :*

« *Demande de logement : la réalité du choc sociologique* », L'Observateur de l'immobilier, n° hors série, nov. 2006, 94 p.

3. *Tandis que la mobilité (pourcentage de déménagement dans l'année) concerne près de 40 % des moins de 25 ans, elle ne touche que 2,2 % des plus de 65 ans.*

### Bibliographie

BATSCH L. ; BURCKEL D. ; CUSIN F. ; JUILLARD C., « Demande de logement : la réalité du choc sociologique », étude réalisée par l'Université Paris-Dauphine pour le Crédit foncier de France, publiée dans *L'Observateur de l'immobilier*, n° hors série, nov. 2006, 94 p.

BENGUIGUI F. ; BONVALET C., « Les conséquences du vieillissement de la population pour le logement », *Constructif*, n° 14, 2006. [www.constructif.fr](http://www.constructif.fr)

CARADEC V., « Les "nouveaux" couples "âgés" : mono-résidence et double résidence », *Les Cahiers de l'Aurif*, n° 122, 1999.

CARADEC V., *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, 2001.

CHAUVEL L., *Le destin des générations. Structure sociale et cohortes en France au XX<sup>e</sup> siècle*, PUF, 1998.

DAVEZIES L., *La République et ses territoires, la circulation invisible des richesses*, Seuil, 2008.

DRIANT J.-C., « *La mobilité des personnes âgées dans le marché du logement. Une approche dynamique à l'aide de l'enquête logement de 2002* », Institut d'urbanisme de Paris, Université Paris XII, 2002.

DURANCE P., « Démographie et vieillissements des territoires », séminaire « Prospective info », Datar, 2005, 27 p.

FELZINES C., « Le logement de demain, pour une meilleure qualité de vie », rapport du Conseil économique et social, 2005.

« Les seniors : parcours de vies et d'épargne », *L'Observatoire Caisse d'épargne*, 2004.

ROCHFORT R., *Vive le papy-boom*, Odile Jacob, 2000.

# QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA PLACE DE L'AIDE FAMILIALE

*Agnès Gramain*

*Université de Nancy II*

L'analyse économique de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et de son financement semble, à première vue, pouvoir s'inscrire dans un cadre largement inspiré de l'économie de la santé : la question du rôle du financement public, entre assurance et solidarité, comme celle de l'articulation à mettre en œuvre entre financement public et assurance privée, sujet d'actualité, se posent aussi bien dans le cas des soins que dans celui des aides aux personnes dépendantes pour la réalisation des activités de la vie quotidienne.

effet, pour une bonne part, être fournies dans le cadre familial. De fait, la prise en charge familiale est quantitativement très importante : d'après l'enquête Share, plus de 80 % des personnes dépendantes reçoivent de l'aide de leur entourage proche pour les activités de la vie quotidienne ou les soins du corps, quel que soit le pays considéré (Fontaine, Gramain et Wittwer, 2007). Il semble même difficile d'envisager des prises en charge à domicile sans mobilisation familiale, au moins lorsque la dépendance devient sévère (Petite et Weber, 2006). L'entourage familial peut contribuer financièrement, mais sa mobilisation repose, pour l'essentiel, sur des transferts en nature : hébergement et aide en temps pour les activités de la vie quotidienne (Wolff et Attias-Donfut, 2007).

## Un risque spécifique ?

Comparaison dépendance/ maladie  
--> Rôle de la production familiale d'aide

Proportion de ménages soutenus par leur entourage						En %
	Suède	Pays-Bas	Allemagne	France	Italie	Espagne
Pers. âgées dépendantes cohabitant avec une autre pers.	37	42	54	60	63	68
Pers. âgées dépendantes seules recevant une aide hors ménage	42	37	29	26	24	16
<b>Total des pers. âgées dép. soutenues par l'entourage</b>	<b>79</b>	<b>79</b>	<b>83</b>	<b>86</b>	<b>87</b>	<b>85</b>

Champ : ménages des personnes âgées de plus de 65 ans souffrant d'incapacité sévère ou d'incapacité modérée ou légère, couples à deux dépendants exclus, données pondérées.  
Source : enquête Share, 2004.

La réflexion concernant la production d'aide aux personnes dépendantes et son financement doit pourtant prendre en compte un élément supplémentaire : la place de la solidarité familiale. Les aides dont les personnes dépendantes ont besoin peuvent en

Sensiblement plus adaptable, plus plastique que l'aide professionnelle, l'aide de l'entourage a souvent aussi été présentée comme moins coûteuse pour la société. L'attention des économistes a donc porté initialement sur la valorisation de l'aide familiale, et sur le risque que la mise en place de services d'aide professionnelle subventionnés ne conduise à une réduction de l'aide familiale. Cependant, la prise en compte de la production domestique d'aide aux personnes dépendantes ne modifie pas seulement la mesure du coût global de la dépendance. Elle conduit aussi à des interrogations normatives, en termes de répartition du bien-être, entre les personnes dépendantes et leurs aidants, entre personnes dépendantes plus ou moins entourées, entre enfants selon qu'ils sont ou non confrontés à la dépendance de leurs parents.

## Le coût de la production d'aide familiale

**L**e coût économique de la production familiale d'aide est relativement difficile à estimer. Non seulement l'aide familiale reste souvent relativement invisible, mais surtout, calculer un tel coût suppose de donner une valeur au temps des aidants potentiels, exercice toujours délicat, sur le plan théorique aussi bien qu'empirique.

### Le coût de l'aide familiale

Important pour les personnes à domicile  
Diversité des méthodes / disparité des évaluations

Quelques exemples (en % de PIB/ha)

#### Bouget et alii - France - 1988 [N=2136]

A domicile : 61% (valorisation au coût d'opportunité)

Maison de retraite : de 79% à 86%

Milieu hospitalier : 133%

#### Hebert et alii - Canada - 1995 [N=1988]

À domicile : de 40% (aucune) à 79% (au coût de remplacement)

Maisons non méd. : de 57% à 80%

Milieu hospitalier : de 218% à 264%

#### O'Shea et Corcoran - Irlande - 1987 [N=64+80]

A domicile : 194% (au coût d'opportunité très détaillé)

En institution : 199%

-->La valorisation de l'aide familiale double le coût de prise en charge

-->La différence entre domicile et institution s'estompe

Dans les années 1990, de nombreuses études, essentiellement basées sur des données américaines, ont proposé des estimations du coût de l'aide apportée par la famille aux personnes âgées dépendantes (pour une revue des travaux sur cette question, voir Gramain, 1998 ; pour le cas particulier de la prise en charge de la démence sénile, voir Joël et alii, 2002). Les méthodes utilisées sont diverses. Certaines études valorisent chaque heure d'aide par le salaire horaire du professionnel qui aurait pu apporter l'aide à la place de la famille : on obtient alors le coût du remplacement de l'aide familiale par des aides professionnelles rémunérées. D'autres utilisent le salaire des aidants dans leur activité professionnelle, ou celui

auquel ils pourraient prétendre : on obtient dans ce cas une estimation du manque à gagner provoqué par l'aide familiale, son coût d'opportunité. D'autres études encore utilisent des valeurs affectées par les aidants à leur temps d'aide : il s'agit là toujours d'un coût d'opportunité mais déclaré et non révélé. On trouve enfin des valorisations par le montant des allocations versées aux aidants familiaux, dans les pays où de telles allocations existent, comme en Grande-Bretagne par exemple.

La diversité des méthodes se traduit inévitablement par une grande diversité des estimations<sup>1</sup>. Cependant, tenir compte de l'aide apportée par la famille conduit grosso modo à doubler le coût des prises en charge à domicile et rend les estimations très voisines pour les personnes à domicile et pour celles résidant en institution (une fois l'effet du niveau de dépendance neutralisé) : aux alentours de deux PIB/ha. Les travaux plus récents de Davin et alii, sur données françaises (à partir de l'enquête HID 1998), estiment le coût de l'aide dite « informelle » dans une fourchette allant de 6 à 8 milliards d'euros par an : elle représenterait 60 % du coût total de la prise en charge (Davin, Paraponaris et Verger, 2008). Les données utilisées sont cependant antérieures à l'instauration de l'APA, qui peut avoir modifié la donne. À défaut de valorisation monétaire, une enquête réalisée auprès des bénéficiaires de l'APA au premier semestre 2003 permet de se faire une idée des volumes horaires que représente l'aide de la famille pour les personnes à domicile : de 2 h 30 à 6 h 40 par jour, selon le degré de dépendance de la personne aidée et selon l'intervention ou non d'aidants professionnels (Petite et Weber, 2006).

S'il apparaît impossible d'afficher un chiffre qui puisse clore le débat sur le poids économique de l'aide informelle, tant les populations étudiées et les hypothèses sous-jacentes aux méthodes de valorisation restent toujours sujettes à discussion, il n'en reste pas moins que tous ces travaux dressent un panorama relativement convergent : l'aide familiale apparaît considérable dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile.

## L'impact des prestations publiques sur l'aide familiale

**A**u-delà de l'ampleur de la mobilisation familiale à un instant donné, dans un contexte donné, il importe aussi d'étudier dans quelle mesure cette mobilisation s'ajuste en fonction des dispositifs de politiques publiques. On peut en effet penser que la mise en place d'un financement collectif permettant un recours moins onéreux aux aides professionnelles conduit à un retrait des aidants familiaux<sup>2</sup>. Si tel est le cas, les financements publics ne bénéficieraient pas aux personnes âgées dépendantes, mais à leur entourage.

Les travaux consacrés au risque d'éviction de l'aide familiale par le financement public d'aides professionnelles conduisent à un diagnostic nuancé. On constate tout d'abord que la prégnance des logiques économiques dans les comportements d'aide varie sensiblement selon le lien de parenté avec la personne dépendante.

### L'éviction de l'aide familiale

Effet d'un accès gratuit ou subventionné à des aides professionnelles

- L'éviction existe-t-elle ?
  - de faible ampleur
  - via le mode de résidence
  - pour les tâches ménagères
- L'éviction est-elle "gênante" ?
  - Impact sur le marché du travail
  - Impact sur le bien-être

Les analyses de Pezzin, Kemper et Reschovsky, menées sur des données expérimentales recueillies au début des années 1980 (Pezzin, Kemper et Reschovsky, 1996), permettent de décomposer deux effets, direct et indirect. Considérant que la composition du ménage de la personne âgée est endogène, les auteurs montrent que, à composition du ménage donnée, la mise en place de prestations publiques d'aide en nature ne diminue que faiblement la quantité

d'aide apportée par l'entourage, et que l'effet principal est un effet indirect via la modification du mode de résidence : l'accès à des aides subventionnées accroît la probabilité de vivre seul, situation dans laquelle l'aide familiale est moindre. Cet effet indirect ne touchant pas les personnes qui vivent avec leur conjoint, ceci explique que l'aide apparaisse, dans ce cas, peu sensible au coût des aides professionnelles, ce qui est confirmé sur données françaises (Cozette, Gramain, Joël, 2001). Si, pour les personnes sans conjoint, l'aide familiale – qui repose alors essentiellement sur les enfants – répond plus nettement à des arbitrages économiques, encore faudrait-il probablement distinguer, pour les enfants, le cas des fratries nombreuses de celui des enfants uniques<sup>3</sup>, le cas des aînés de celui des cadets<sup>4</sup>, etc. Enfin, l'effet direct semble d'ampleur variable selon le type de tâches envisagées (Ettner, 1994) : la substitution entre aide professionnelle et aide de l'entourage est forte pour les aides ménagères et le transport, moyenne pour les aides aux autres activités de la vie quotidienne (repas, mobilité...) et très faible pour les soins du corps.

Dans le contexte actuel d'encouragement au maintien des seniors sur le marché du travail, la question prend évidemment une nouvelle couleur : les politiques de financement pour la prise en charge de la dépendance, en modifiant la mobilisation familiale, peuvent aussi affecter l'offre de travail des enfants des personnes dépendantes. Sur ce point, les analyses sont particulièrement complexes puisqu'elles supposent d'intégrer non seulement les caractéristiques des politiques publiques de la dépendance, mais aussi celles des régimes de retraite, éminemment variables d'un pays à l'autre et d'une activité à l'autre. Les résultats les plus récents suggèrent qu'apporter de l'aide à un parent dépendant réduit bien l'offre de travail, mais là encore le diagnostic doit être nuancé en fonction des situations considérées (homme ou femme, aidant cohabitant ou non...) et selon qu'on explique la participation au marché du travail ou le nombre d'heures travaillées<sup>5</sup>. En négatif émerge alors la question de la professionnalisation de l'aide familiale, de sa rémunération ou de sa reconnaissance par l'octroi de droits sociaux<sup>6</sup>.

## Les aspects distributifs de l'aide familiale

**L**a compensation financière de la production familiale d'aide pour les personnes âgées dépendantes est aujourd'hui possible dans divers pays (en France, en Allemagne ou encore en Grande-Bretagne par exemple). Si l'analyse économique permet de souligner certains enjeux, elle reste probablement très secondaire devant les dimensions anthropologique et juridique du problème, dès lors qu'on touche à la définition même de la relation de parenté et de la relation de travail<sup>7</sup>. Cependant, le débat autour de la compensation de l'aide familiale a le mérite d'attirer l'attention sur les conséquences distributives de la solidarité familiale, dimension peu explorée jusqu'à maintenant par les économistes, bien qu'elle soit probablement majeure.

### Efficacité et équité

La solidarité familiale déplace le risque

des personnes exposées vers leur entourage familial

- Quid des personnes seules ?
- Quid du partage du risque ?
- Quid des conséquences redistributives sur la "2ème" génération

En effet, on considère souvent la solidarité familiale, en première analyse, comme un mécanisme assurantiel face au risque de dépendance. En ce sens, la solidarité familiale serait bénéfique en termes d'efficacité allocative : il est toujours bon d'assurer un risque. Cependant, si l'on considère la société dans son ensemble, et non uniquement la population des personnes âgées, la solidarité familiale n'a qu'un pouvoir assurantiel faible : elle ne fait que déplacer le risque financier associé à l'entrée en dépendance, des parents vers les enfants (Genier, 1996). Or, un tel déplacement n'est pas sans poser problème. D'une part, toutes les personnes dépendantes n'ont pas d'entourage familial

proche au moment où la dépendance survient : ainsi aujourd'hui, pour la France, on estime la proportion de personnes dépendantes qui n'ont ni conjoint valide ni enfant à près de 10 % pour les hommes et près de 20 % pour les femmes (Duée et Rebillard, 2004). Cette proportion devrait diminuer pour les femmes (12 % en 2040), grâce à l'accroissement relatif de l'espérance de vie des hommes, mais elle devrait au contraire augmenter pour les hommes (16 % en 2040), en particulier à cause de la plus grande fréquence des ruptures d'union. D'autre part, la réduction du nombre d'enfants par femme conduit à faire peser la charge sur un nombre d'individus plus restreint. Les simulations prévoient en effet que la descendance finale des femmes passera de 2,1 pour les générations nées entre 1950 et 1960 à 1,9 pour les générations nées après 1975 (Robert-Bobée, 2001).

On ne dispose pas aujourd'hui d'analyse portant sur la répartition des charges liées à la production familiale d'aide aux personnes âgées dépendantes à la génération de leurs enfants. On peut cependant pronostiquer qu'en l'absence d'un financement public redistributif, ces charges pèseraient plus lourdement sur les plus pauvres, dont les parents ont moins de chances de pouvoir financer seuls des aides professionnelles. C'est en tout cas ce que suggère l'étude conduite sur la mise en œuvre contentieuse de l'obligation alimentaire ascendante (Gramain et alii, 2007). Il s'agit là certes d'un cas très particulier d'organisation de la solidarité familiale, puisque les contributions des enfants sont fixées par des juges et qu'elles concernent le plus souvent le financement de l'hébergement en maison de retraite et non la fourniture d'aide en temps. Cependant, l'analyse des mécanismes en jeu peut, dans une certaine mesure, se transposer au cas général.

En effet, les simulations réalisées révèlent que les règles de mise à contribution, dans le cadre du contentieux de l'obligation alimentaire ascendante, sont globalement anti-redistributives<sup>8</sup>, et ce alors même que les juges tendent à redistribuer la charge à l'intérieur de chaque famille, mettant un enfant d'autant plus à contribution qu'il est plus aisé que ses

frères et sœurs. Le caractère anti-redistributif du dispositif tient pour l'essentiel au fait que la créance moyenne qui pèse sur les enfants – ce que le parent ne peut financer seul – est d'autant plus faible que le niveau de vie des enfants est élevé<sup>9</sup>. Le raisonnement peut donc certainement être étendu à la production d'aide familiale « spontanée ». Ainsi, même si les familles s'organisaient pour faire peser la charge de l'aide familiale sur les plus aisés des enfants, ce qui reste à démontrer, le coût de l'aide familiale pèserait probablement plus fortement, à l'échelle de la société, sur les moins aisés.

Ce rapide tour d'horizon des travaux d'analyse économique consacrés depuis une vingtaine d'années à l'aide familiale aux personnes âgées dépendantes montre qu'il s'agit là d'une variable-clef dans la réflexion sur les dispositifs de financement de la dépendance. Notre compréhension des comportements d'implication dans la prise en charge d'une personne dépendante, dans leur dimension économique, est encore aujourd'hui très partielle. Mais elle suffit pour se convaincre que l'impact des politiques publiques en termes d'allocation des ressources dépend largement des contours de la mobilisation familiale, et ce pour au moins trois raisons. Le comportement de l'entourage des personnes âgées dépendantes apparaît tout d'abord comme l'un des éléments déterminants pour garantir l'efficacité externe (niveau de ressources allouées à la prise en charge de la dépendance) et interne (répartition de ces ressources) des dépenses induites. Il modifie de plus, à n'en pas douter, le diagnostic en matière d'équité. Il constitue enfin une courroie de transmission vers d'autres domaines de l'action publique tels que les politiques de l'emploi ou des retraites.

#### Notes

1. Ces différentes méthodes devraient logiquement permettre de constituer une fourchette : on pourrait penser que les aidants potentiels comparent leur manque à gagner s'ils aident eux-mêmes avec le coût d'une aide professionnelle qui les remplace. Mais les coûts, les manques à gagner ne se résument pas à des salaires ou à des montants d'allocation.

2. Cette question fait écho à celle des liens entre assurance

publique ou privée et solidarité familiale évoquée dans la contribution de Christophe Courbage à cette session.

3. Pour un enfant unique, se désengager revient à priver son parent de toute aide familiale et la norme morale qui pèse sur la solidarité familiale peut, dans ce cas, réduire considérablement le rôle des arbitrages économiques.

4. Des estimations conduites sur les données de l'enquête Share révèlent par exemple que la probabilité de simplifier auprès d'un parent dépendant dépend du comportement d'aide des frères et sœurs mais que la réaction est différente selon le rang dans la fratrie (Fontaine, Gramain et Wittwer, 2008).

5. Pour une présentation complète du cadre d'analyse et des différents mécanismes liant aide informelle et offre de travail, on peut se reporter à Charmichael et Charles (1998). Pour des résultats récents sur les données européennes de l'enquête Share, voir Wolff et Attias-Donfut (2007) ; pour des résultats descriptifs, Bolin, Lindgreen et Lundborg (2007) ; ou Bonsang (2008) pour des analyses économétriques. La plupart des analyses économétriques souffrent d'hypothèses fortes sur l'exogénéité de certaines variables. La modélisation la plus achevée est certainement celle présentée dans Pezzin et Shone (1999) qui estiment un modèle à sept équations.

6. Dans le cas des parents d'enfants handicapés par exemple, l'aide apportée peut donner des droits à retraite.

7. Le rapport du séminaire de questions sociales de la promotion Mandela de l'ENA suggérait d'ailleurs, dès 2000 (i.e. à l'époque de la prestation spécifique dépendance) de supprimer les possibilités de rémunération des aidants familiaux, au nom des conséquences économiques et sociales pour les aidants, mais aussi au nom de la cohérence avec les dispositions régissant les relations dans la parenté – comme les obligations alimentaires – et les relations salariales – comme le lien de subordination. Voir Choquet et Sayn (2000) pour les aspects tenant au droit de la famille.

8. Selon les simulations effectuées, les décisions judiciaires conduisent à une contribution ex post – i.e. pour les enfants dont le parent est effectivement dans le besoin – de plus de 5 % du niveau de vie lorsqu'ils appartiennent au deuxième quintile de niveau de vie, à une contribution de moins de 4 % pour ceux du dernier quintile. Si l'on raisonne ex ante, en tenant compte du fait que certains parents ne deviennent pas dépendants, alors le dispositif de l'obligation alimentaire contentieuse conduit à faire contribuer un enfant, en espérance, pour 0,75 % de son niveau de vie s'il appartient au deuxième décile, mais seulement pour 0,37 % s'il appartient au dernier décile.

9. Dans le modèle Destine utilisé pour ces simulations, le

*niveau de vie d'un enfant est lié à celui de son parent, via le niveau de diplôme. On peut penser que la nécessaire simplification des mécanismes sociaux pour des fins de modélisation conduit à surestimer la reproduction sociale. Ceci étant, l'influence de l'origine sociale sur le revenu d'un individu est un fait statistique avéré pour la France (Lefranc, Pistolesi et Tranno, 2004).*

### Bibliographie

BOLIN K. ; LINDGREN B. ; LUNDBORG P., «Your Next of Kin or Your Own Career? Caring and Working Among the 50+ of Europe», *Journal of Health Economics*, 2007.

BONSANG E., «Does Informal Care from Children to their Elderly Parents Substitute for Formal Care in Europe?», *Journal of Health Economics*, 2008.

CHARMICHAEAL F. ; CHARLES S., «The Labor Markets Costs of Community Care», *Journal of Health Economics*, n° 17, 1998, pp. 747-765.

CHARMICHAEAL F. ; CHARLES S., «The Opportunity Cost of Informal Care: Does Gender Matter?», *Journal of Health Economics*, n° 22, 2003, pp. 781-803.

Choquet L.-H. ; Sayn I. (dir.), *Obligations alimentaires et solidarités familiales*, Paris, LGDJ, 2000.

COZETTE E. ; GRAMAIN A. ; JOËL M.-E., « Situation et comportements économiques des aidants de personnes âgées dépendantes. Comparaison des conjoints et des enfants », rapport pour le CNRS, juin 2001, 87 pages et annexes.

DAVIN B. ; PARAPONARIS A. ; VERGER P., « Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire », communication au colloque « La dépendance / le vieillissement : quelles nouvelles frontières de conception, de coordination, de régulation ? », Marseille, 6 et 7 mai 2008.

DUÉE M. ; REBILLARD C., « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », document de travail G2004/02, Insee, 2004.

ETTNER S. L., «The Effect of the Medicaid Home Care Benefit on Long-term Care Choices of the Elderly», *Economic Inquiry*, n° 32, pp. 103-127.

FONTAINE R. ; GRAMAIN A. ; WITTWER J., «Caring For a Disabled Elderly Parent: Interactions Among Siblings?», *Eche*, Rome, juillet 2008.

FONTAINE R. ; GRAMAIN A. ; WITTWER J., « Les configurations d'aide familiale mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe », *Économie et statistique*, n° 403-404, 2007, pp. 97-115.

GENIER P., « La gestion du risque de dépendance : le rôle de la famille, de l'État et du secteur privé », *Économie et statistique*, n° 291-292, pp.103-117.

GRAMAIN A., «The Costs of Long-term Care According to Living Arrangements: A Survey», working party on social policy meeting October, room document, OECD, Paris, 1998.

GRAMAIN A. ; WITTWER J. ; REBILLARD C. ; DUÉE M., « Les contributions privées au financement de la dépendance dans le cadre de l'obligation alimentaire : pratiques judiciaires et implications distributives », *Économie et prévision*, n° 177, 2007, pp. 35-54.

JOËL M.-E. ; COLVEZ A. ; GRAMAIN A. ; COZETTE E., « Introduction », in *Prise en charge de la maladie d'Alzheimer en Europe*, Joël et Cozette (Éds), coll. « Questions en santé publique », Inserm, Paris, 2002, pp. 1-8.

LEFRANC A. ; PISTOLESI N. ; TRANNOY A., « Le revenu selon l'origine sociale », *Économie et statistique*, n° 371, 2004, pp. 49-82.

PETITE S. ; WEBER A., « Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », *Études et résultats*, Drees, n° 459, 2006.

PEZZIN L. E. ; KEMPER P. ; RESCHOVSKY J. D., «Does Publicly Provided Home Care Substitute for Family Care», *Journal of Human Resources*, n° 31(3), 1996, pp. 650-676.

PEZZIN, L. E. ; SCHONE B., «Intergenerational Household Formation, Female Labor Supply, and Informal Caregiving: A Bargaining Approach» *Journal of Human Resources*, n° 34(3), 1999, pp. 475-503.

ROBERT-BOBEE, «Modelling Demographic Behaviours in the French Microsimulation Model Destinie: An Analysis of Future Change in Completed Fertility», document de travail G2001/14, Insee, 2001.

WOLFF F.-C. ; ATTIAS-DONFUT C., « Les comportements de transferts intergénérationnels en Europe », *Économie et statistique*, n° 403-404, 2007, pp. 117-141.

# LA COUVERTURE DU RISQUE DE DÉPENDANCE

*Christophe Courbage*

*Association de Genève*

**L**e vieillissement des populations dans la plupart des pays industrialisés a pour conséquence d'accroître la demande de soins de dépendance ou de longue durée<sup>1</sup>. En effet, bien que la perte d'autonomie puisse survenir à tout âge, la fréquence de la dépendance s'élève fortement avec l'âge. En France, par exemple, une personne qui atteint l'âge de 65 ans aujourd'hui a une probabilité de plus de 40 % d'avoir recours à des soins de dépendance dans le futur. En 2011, les premières générations du baby-boom atteindront l'âge de 65 ans, et on estime que la taille de la population âgée en situation de dépendance doublera dans les cinquante prochaines années (OCDE, 2005).

Face à une diminution de l'offre d'aidant informelle, due principalement à l'augmentation du taux d'activité féminin et à une prise en charge publique relativement faible, qui représente en général seulement un tiers des dépenses en soins, le poids financier futur à supporter en cas de dépendance peut être catastrophique et ruiner nombre de personnes âgées et leur famille (Assous et Mahieu, 2002). Le financement des soins de dépendance pour les populations âgées devient un enjeu économique et public d'importance majeure, tant en Europe qu'ailleurs dans le monde.

Une solution pour pallier ce manque de couverture publique est de développer le marché de l'assurance dépendance. C'est pourquoi, depuis une vingtaine d'années, les organismes d'assurances offrent des

contrats permettant de couvrir les risques financiers liés à la dépendance et au recours à des soins de longue durée.

De nombreux travaux théoriques et empiriques ont été avancés dans la littérature pour expliquer les décisions de souscrire à de l'assurance couvrant les soins de dépendance, ainsi que le succès relativement faible de ce marché. Il reste que des solutions complémentaires existent qui permettent de rendre plus accessible l'assurance dépendance. Outre les incitations fiscales, l'assurance dépendance peut être combinée à de l'assurance vie, de l'épargne santé ou encore à des hypothèques inversées.

Ce texte ouvre quelques pistes de réflexion sur la problématique de la couverture du risque de dépendance et porte une attention particulière à l'assurance.

---

## Le financement des soins de dépendance

---

**L**a majorité des pays industrialisés sont concernés par la péréquation de leur système de financement des soins de dépendance et leur capacité à gérer l'évolution démographique et la dépense en soins de dépendance qui en découle.

Le financement de ces soins varie selon les pays. Les orientations des différents pays en termes de couverture de la dépendance sont fonction des systèmes de santé déjà en place. Les soins de dépendance sont souvent fournis à la fois par les services sociaux et médicaux, qui ne sont pas forcément déconnectés. Il peut être difficile de différencier l'assurance santé des systèmes spécifiques aux risques de dépendance.

Conscients de la nécessité de créer de solides bases pour le financement de soins de dépendance, certains pays offrent des programmes publics très complets, financés au travers soit de l'assurance sociale soit de l'impôt. Face à des dépenses en soins de longue durée qui pèsent de plus en plus dans les budgets de santé, ces pays ont le plus souvent décidé de considérer le risque de dépendance comme un nouveau risque et de le dissocier du risque de santé. Ils ont créé une assurance dépendance comme une nouvelle branche de leur système d'assurance sociale. C'est le cas de l'Allemagne, de l'Autriche, du Luxembourg et du Japon. Pour des raisons budgétaires, ces systèmes ne prennent en charge que les personnes les plus dépendantes et, contrairement aux systèmes classiques de santé, plafonnent les allocations. Des cotisations sociales payées par l'employé et l'employeur, ou encore par l'impôt, financent le système.

Selon un rapport récent de la Commission européenne (2008), la plupart des pays reconnaissent aussi l'importance de trouver un équilibre adéquat entre les sources publiques et privées de financement. La logique d'un financement mixte, associant un partenariat public-privé avec les assureurs dans la couverture du risque de dépendance, semble être la voie choisie par le plus grand nombre de pays.

---

## Expliquer les déterminants de l'assurance dépendance

---

**L**es raisons de souscrire ou non à de l'assurance couvrant les soins de dépendance ont fait l'objet d'une large attention dans la littérature académique, à la fois au travers

d'arguments théoriques mais aussi d'études empiriques. Nous en présentons quelques exemples.

### ■ Les travaux théoriques

Outre le fait que les individus sont mal informés sur les produits disponibles et ont une mauvaise appréhension des risques à horizon très éloigné (Kunreuther, 1978), le faible développement des marchés d'assurance dépendance s'expliquerait par des phénomènes d'asymétrie d'information, et plus particulièrement des comportements de risque moral et de sélection adverse.

Le risque moral fait référence au comportement opportuniste de l'assuré qui, parce que ses pratiques ne sont pas observables par l'assureur, peut accroître soit le risque de survenance de la maladie (on parle de risque moral ex ante), soit la consommation de soins de santé (on parle de risque moral ex post). La sélection adverse est le mécanisme suivant lequel les mauvais risques peuvent se faire passer pour des bons risques parce que l'assureur n'est pas en mesure de différencier les uns des autres. Cela entraîne une surreprésentation des mauvais risques dans la population assurée, pouvant rendre le contrat déficitaire. Un autre argument est que l'existence d'une couverture d'assurance publique rendrait aussi moins attrayante une couverture privée.

Des facteurs intergénérationnels ont également été mis en avant pour expliquer les motivations d'un recours à l'assurance dépendance. Le désir de laisser un héritage à ses proches semble une incitation majeure à contracter une assurance couvrant les soins de dépendance. Effectivement, cette assurance, en réduisant les conséquences financières de la dépendance, permet de ne pas grever le montant de l'héritage à laisser. Néanmoins, Pauly (1990) a mis en avant l'idée que les offreurs d'aide informelle pouvaient être influencés par l'existence d'une couverture d'assurance pour les personnes en besoin de soins de longue durée. Il définit ainsi le concept de risque moral intergénérationnel comme l'incitation qu'auraient les offreurs à réduire leur aide informelle lorsque les personnes en perte d'autonomie sont assurées pour

les soins de longue durée. Le risque moral intergénérationnel diffère du risque moral classique dans le sens où ce n'est pas l'assuré qui modifie son comportement en présence d'assurance mais où c'est le comportement de l'aidant qui est modifié. D'un autre point de vue, l'existence d'un héritage pourrait inciter les enfants ou les proches de la personne dépendante à fournir informellement des soins de longue durée malgré une couverture par l'assurance (Zweifel et Strüwe, 1996).

## ■ Les études empiriques

Les travaux empiriques, quant à eux, se sont intéressés principalement aux États-Unis, et plus récemment à l'Espagne. Sloan et Norton (1997) examinent sur données américaines la relation existant entre la demande d'assurance dépendance et respectivement l'intention de laisser un héritage et la probabilité auto-évaluée de devenir dépendant dans le futur. S'ils trouvent des phénomènes de sélection adverse, le désir de laisser un héritage ne semble guère avoir d'influence sur la demande d'assurance dépendance. Mellor (2001) montre qu'aux États-Unis, l'éducation, le revenu et la richesse ont un impact positif sur la demande d'assurance dépendance, tandis que le fait de percevoir de l'aide informelle de la part de ses proches n'a pas d'effet sur la probabilité de détenir de l'assurance couvrant les soins de dépendance. Doeringhaus et Gustavson (2002) montrent que les tailles respectives des populations âgées et des populations en maisons spécialisées sont des variables significatives pour expliquer l'achat d'assurance dépendance dans certains États américains ; l'intuition étant qu'une population importante ayant reçu des soins de dépendance fait d'autant plus prendre conscience de l'existence du risque de dépendance et renforce l'utilité de l'assurance pour l'individu. Plus récemment, Brown et Finkelstein (2007) mettent en avant que la petite taille du marché américain s'expliquerait par des faiblesses du côté de l'offre, et tiendrait aux caractéristiques des produits disponibles et à leur tarification. Enfin, dernièrement, Costa-Font et Rivera-Forns (2008) se sont intéressés à la province de Catalogne en Espagne et ont calculé le montant

que seraient prêts à payer les individus pour s'assurer contre les conséquences financières de la dépendance. Ils soulignent l'importance du rôle joué par les asymétries d'information et par le type de logement des personnes dépendantes.

## La couverture du risque de dépendance en France

La prise en charge publique de la dépendance est marquée en France par une longue tradition d'intervention d'aide sociale, ainsi que par la grande diversité des acteurs et des sources de financement. Au niveau national, l'assurance maladie prend en charge les frais qui relèvent des soins de santé. Par ailleurs, l'action sociale des caisses de retraite permet de financer une part importante du maintien à domicile par le biais de l'aide ménagère. Au niveau départemental, les conseils généraux, rendus compétents par la loi de décentralisation en matière d'aide sociale, sont devenus les gestionnaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'APA, versée sans conditions de ressources aux personnes en perte d'autonomie, est d'un montant égal sur l'ensemble du territoire pour un besoin d'aide donné. Toutefois, seuls les plus bas revenus sont exonérés du paiement du ticket modérateur, qui, pour les revenus les plus élevés, représente jusqu'à 80 % de la prestation. Si l'APA marque la première étape de la reconnaissance d'un nouveau risque de l'existence, la couverture publique reste faible en comparaison de la charge financière entraînée par l'apparition de la dépendance<sup>2</sup>. Face à cette complexité du financement public, le gouvernement projette de créer une cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée au risque de dépendance. Le projet de loi devrait être discuté par le Parlement dans le courant de 2009.

À côté de la couverture publique, l'assurance privée s'est développée en France. Les contrats d'assurance dépendance sont individuels ou collectifs et prévoient le versement d'une indemnité forfaitaire, sous forme

de rente mensuelle, éventuellement proportionnée au degré de dépendance. Le marché français, fort d'une croissance annuelle proche de 15 % (Kessler, 2008), s'avère l'un des plus dynamiques parmi les marchés développés de l'assurance dépendance. Néanmoins, contrairement aux États-Unis<sup>3</sup>, les pouvoirs publics n'utilisent pas d'incitations fiscales pour encourager le développement de l'assurance privée. Il semblerait qu'en France les débats nationaux, associés à la recherche de nouvelles solutions à la prise en charge de la dépendance, et dont les médias se sont fait abondamment l'écho, ont fait prendre conscience à un large public de l'existence de ce risque, et ont ainsi favorisé le développement des assurances privées (Durand et Taleyson, 2003). Il semblerait aussi que le succès du marché français s'explique par le choix des produits offerts. Alors que les États-Unis ont opté pour des rentes indemnitaires (remboursements qui prennent en charge les dépenses engagées pour couvrir les soins de dépendance), les assureurs français se sont tournés vers des produits à rentes forfaitaires.

## Une étude récente en France

Récemment, Courbage et Roudaut (2008) ont présenté une étude empirique des déterminants de la demande d'assurance couvrant les soins de dépendance en France en ayant recours à la base de données Share. Leurs résultats montrent que le revenu a un effet « en cloche » sur la demande d'assurance de soins de dépendance. Les très bas revenus s'assurent peu, ce qui s'expliquerait par une couverture publique plus élevée pour les revenus les plus faibles. Ce sont surtout les revenus moyens qui s'assurent le plus ; puis, à partir d'un certain niveau de revenu, la demande d'assurance décroît avec la richesse. Cela remettrait en question l'argument selon lequel le coût élevé de l'assurance par rapport au revenu des plus âgés serait un frein à la demande d'assurance couvrant la dépendance.

Ensuite, il semblerait que la demande d'assurance

couvrant les soins de dépendance soit avant tout motivée par des comportements d'altruisme, dans le sens où elle ne serait pas prioritairement demandée pour se protéger soi-même des conséquences financières du risque de dépendance, mais pour protéger sa famille si le risque se réalisait.

Premièrement, la demande d'assurance de soins de dépendance croît avec la probabilité de laisser un héritage. Ainsi, comme souligné par Pauly (1990), l'assurance dépendance serait demandée pour protéger et conserver l'héritage à transmettre.

Deuxièmement, le fait de vivre en couple, ainsi que le nombre d'enfants, sont positivement reliés à la demande d'assurance couvrant la dépendance. L'assurance serait souscrite pour protéger la famille et les proches contre les risques financiers de devenir dépendant dans le futur.

Troisièmement, les personnes qui ont une probabilité plus élevée de recevoir de l'aide informelle disponible dans le futur auraient aussi plus tendance à souscrire à de l'assurance couvrant les soins de dépendance. L'assurance ne serait pas perçue comme une forme de désincitation à prodiguer de l'aide informelle, mais au contraire comme une façon de soulager les potentiels offreurs d'aide informelle et d'alléger leur charge en cas de dépendance. Ces résultats laissent à penser que le marché français de l'assurance de soins de dépendance ne serait pas sensible au phénomène de risque moral intergénérationnel, ce qui pourrait être une explication de son dynamisme.

Une expérience de la dépendance semble aussi guider les décisions d'avoir recours à de l'assurance couvrant les soins de dépendance, puisque les personnes ayant déjà prodigué de l'aide ont une probabilité plus importante de détenir elles-mêmes une assurance. Il est bien connu que des accidents de santé ou des expériences de la maladie sont souvent considérés comme une source d'information qui modifie le comportement des individus dans leur décision économique (Sloan, Smith et Taylor, 2003).

Enfin, il semblerait exister des phénomènes de

sélection adverse sur le marché de l'assurance couvrant le risque de dépendance dans le sens où les personnes les plus à risque dans ce domaine s'assureraient davantage.

---

## Comment accroître l'accès à l'assurance ?

---

**P**our répondre à la relative faiblesse de la croissance de ce marché, un certain nombre de propositions ont été évoquées pour le développer et le rendre plus accessible. Voici quelques pistes.

### ■ Combiner assurance dépendance et assurance vie

Depuis quelques années, de nouveaux produits ont été mis au point pour couvrir le risque lié à la dépendance, dont en particulier une combinaison de l'assurance dépendance et de l'assurance vie dans un même produit. Le risque de longévité est habituellement couvert au travers de l'assurance vie tandis que le risque d'avoir recours à des soins de long terme est couvert par l'assurance dépendance. La stratégie de combiner ces deux produits en un seul est que les risques se compensent : les personnes en bonne santé avec une forte espérance de vie attirées par l'assurance vie contrebalancent les personnes en mauvaise santé avec une courte espérance de vie attirées par l'assurance dépendance. De plus, en combinant ces deux risques dans un même produit, il est possible de bénéficier de deux avantages. Tout d'abord, cela permet de réduire les phénomènes de sélection adverse sur le marché de l'assurance vie puisque les personnes dépendantes ne devraient pas vivre suffisamment longtemps pour pouvoir bénéficier des rentes de long terme. Ensuite, la sélection des risques est réduite au minimum puisqu'elle consiste à filtrer les individus qui peuvent bénéficier immédiatement des paiements de l'assurance dépendance.

Dans un étude récente, Murtaugh et al. (2001) ont montré que combiner une assurance vie avec une couverture contre la dépendance était susceptible de réduire le coût des deux produits ainsi que de les rendre plus accessibles aux acheteurs potentiels. En particulier, leur modèle montre que sous une sélection des risques minimale, à savoir la seule exclusion de ceux qui seraient éligibles à percevoir les paiements à la date d'achat, 98 % des demandeurs seraient acceptés contre 77 % pour ceux qui demanderaient une couverture pour le seul risque de dépendance, parmi les personnes âgées de plus de 65 ans.

### ■ Combiner l'assurance dépendance avec les hypothèques inversées

Depuis quelque temps, certains instituts financiers offrent un produit connu sous le nom d'hypothèque inversée, et qui se rapproche de la notion de viager. L'hypothèque inversée est un prêt bancaire gagé sur la valeur d'un bien immobilier. Ce type de prêt permet de rendre liquides, ou de monétariser, des actifs immobiliers. Si nécessaire, la vente du bien immobilier par la suite permet de racheter le prêt. Peu de personnes âgées semblent utiliser les hypothèques inversées comme complément de revenu en période de retraite, ce support pourrait être utilisé afin de financer les soins de dépendance. Ce concept semble avant tout séduire quand il est lié directement aux dépenses en soins de dépendance. Ainsi, le très récent rapport du Sénat sur la création du cinquième risque propose que le bénéfice de l'APA à taux plein soit conditionné, pour les personnes dont le patrimoine excède un certain seuil, à la mise en gage d'une partie de leur patrimoine.

Chen (2001) propose d'aller plus loin, et suggère de lier le prêt hypothécaire inversé non pas aux dépenses de soins de dépendance, mais à un contrat d'assurance vie ou dépendance. L'idée étant que le prêt inversé permettrait de payer les cotisations d'assurance dépendance et non les soins de dépendance. Une

solution serait de lier l'annuité à recevoir à la valeur de la maison et au niveau de dépendance. La propriété agirait comme un filet de sécurité et serait utilisée comme financement de dernier recours. La limite de cette solution, c'est qu'elle n'est accessible qu'aux seuls propriétaires.

## ■ Combiner l'assurance dépendance et l'épargne privée

Une autre voie pour rendre plus accessible l'achat d'assurance dépendance serait de permettre aux individus d'épargner – et/ou de les y obliger – pendant leur période d'activité professionnelle pour subvenir à leurs dépenses de soins de dépendance ou d'assurance dépendance. Une telle stratégie aurait l'avantage d'étaler le coût de l'assurance dans le temps. Cela permettrait, par le biais des comptes d'épargne individuels, d'accumuler pour une même génération suffisamment de ressources pour qu'elle assume elle-même une partie de ses propres besoins en soins de dépendance. Ces comptes d'épargne pourraient prendre la forme de comptes épargne santé – une nouvelle forme d'instruments permettant de couvrir ce type de dépenses en cas de maladie future. Ces comptes sont offerts en général en combinaison avec une assurance avec franchise élevée.

Différentes possibilités existent, que ce soit sous la forme d'une participation volontaire avec des incitations fiscales, ou encore sous la forme d'une participation obligatoire avec possibilité de contribution de la part de l'employeur.

Un tel système, basé sur des mécanismes de redistribution inter-temporels, permet de créer des réserves pour les vieux jours et de lutter contre le risque moral. Néanmoins, de tels comptes ne permettent pas une mutualisation des risques entre les individus et dépendent de la performance des marchés financiers.

Enfin, ils peuvent segmenter d'autant plus le pool d'assurance et rendre le risque dépendance plus difficilement assurable.

## ■ Anticiper le risque de dépendance suffisamment tôt - l'expérience *Eldershield*

Les produits d'assurance couvrant la dépendance ont un taux de pénétration relativement faible en comparaison avec d'autres produits d'assurance. Une raison est que les individus sont relativement peu conscients de ce risque et de l'existence de ces produits d'assurance. Une autre raison est que l'assurance devient une solution onéreuse lorsqu'elle est contractée tardivement. En effet, comme il est important de provisionner ce risque (transfert de risque dans le temps plutôt qu'entre individus), l'assurance dépendance est d'autant plus intéressante qu'elle est contractée tôt. Fortes de ce constat, les autorités singapouriennes ont mis en place un nouveau système public de financement de la dépendance, intitulé *Eldershield*. Dès l'âge de 40 ans, tous les individus sont enrôlés automatiquement dans ce système, et un assureur leur est attribué de façon aléatoire. Toutefois, chacun est libre d'en choisir un autre parmi ceux autorisés à participer au système. Il est possible de refuser l'adhésion dans les trois premiers mois. Mais, dans ce cas, il n'est plus possible de bénéficier des avantages liés au système (aide publique au paiement de la cotisation et conditions de tarif favorables). La définition du produit et sa tarification sont du ressort des assureurs. La cotisation est payée jusqu'à l'âge de 65 ans et les indemnités en cas de dépendance sont versées à vie. Il est possible de se voir redistribuer une partie des surplus et d'obtenir des réductions sur la cotisation. Le plan a été lancé en 2002. Le gouvernement finance une part de la cotisation afin de lisser la segmentation des risques à travers les âges. Il prodigue par ailleurs des allocations aux personnes déjà dépendantes en fonction de leur revenu. Une large campagne d'information a été menée afin de promouvoir le plan et ses produits. Le taux de sortie du plan est passé de 38 % en 2002 à 14 % en 2006, illustrant bien l'importance de guider la population et de lui faire prendre conscience du risque de la dépendance.

## Notes

1. *Les soins de dépendance ou de longue durée sont des soins domestiques et infirmiers prodigués quotidiennement, informellement ou par des professionnels, à domicile ou en institution, à des personnes en perte d'autonomie durant une période de temps étendue.*

2. *La couverture publique couvrirait 30 % des coûts moyens en soins de dépendance (Ennuyer, 2006).*

3. *Le marché de l'assurance dépendance aux États-Unis représente près de 10 % de la population et connaît un déclin récent (McNamara et Lee, 2004).*

## Bibliographie

ASSOUS L. ; MATHIEU R., « L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé : une mise en perspective internationale », *Revue économique*, n° 53(4), 2002, pp. 887-912.

BROWN J. ; FINKELSTEIN A., "Why is the Market for Long-term Care Insurance so Small", *Journal of Public Economics*, n° 91, 2007, pp. 1967-1991.

CHEN Y. P., "Funding Long-term Care in the United States : The Role of Private Insurance", *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, n° 26, 2001, pp. 656-666.

Commission européenne, "Long-term Care in the European Union", Bruxelles, 2008.

COURBAGE C. ; ROUDAUT N., "Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France", *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, n° 33, 2008, pp. 645-658.

COSTA-FONT J. ; RIVERA-FORNS J., "Who is Willing to Pay for Long-term Care Insurance in Catalonia?", *Health Policy*, n° 38, 2008, pp. 7-84.

DOERPINGHAUS H. I. ; GUSTAVSON G. G., "Long-term Care Insurance Purchase Patterns", *Risk Management and Insurance Review*, n° 5(1), 2002, pp. 31-43.

DURAN R. ; TALEYSON L., « Les raisons du succès de l'assurance dépendance en France », *Risques – Les Cahiers de l'assurance*, n° 55, 2003, pp. 115-120.

ENNUYER B., *Repenser le maintien à domicile*, Dunod, 2006.

FEDER J. ; KOMISAR H. ; FRIEDLAND R., "Long-term Care Financing: Policy Options for the Future", Georgetown University Long-Term Care Financing Project, Washington DC, 2007.

KESSLER D., "The Long-term Care Insurance Market", *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, n° 33, 2008, pp. 33-40.

KUNREUTHER H., *Disaster Insurance Protection: Public Policy Lessons*, New York, Wiley, 1978.

LAFORTUNE G. ; BALESTAT G., "Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications", OECD Health Working Papers, n° 26, 2007.

MCNAMARA L. ; LEE N., "Long-term Care Policy Dropping in the U.S. from 1996 to 2000: Evidence and Implications for Long-term Care Financing", *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, n° 40(5), 2004, pp. 594-604.

MELLOR J. M., "Long-term Care and Nursing Home Coverage: Are Adult Children Substitutes for Insurance Policies?" *Journal of Health Economics*, n° 20(4), 2001, pp. 527-547.

MURTAUGH C. ; SPILLMAN B. ; WARSHAWSKY M., "In Sickness and in Health: an Annuity Approach to Financing Long-term Care and Retirement Income", *Journal of Risk and Insurance*, n° 68(2), 2001, pp. 225-254.

OECD, "Long-term Care for Older People". OECD, Paris, 2005.

PAULY M. V., "The Rational Nonpurchase of Long-term Care Insurance", *Journal of Political Economy*, n° 98, 1990, pp. 153-168.

SLOAN F. A. ; NORTON E. C., "Adverse Selection, Bequests, Crowding out, and Private Demand for Insurance: Evidence from the Long-term Care Insurance Market", *Journal of Risk and Uncertainty*, n° 15, 1997, pp. 201-219.

SLOAN F. A. ; SMITH V. K. ; TAYLOR D. H., *The Smoking Puzzle: Information, Risk Perception and Choice*, Cambridge: Harvard University Press, 2003.

ZWEIFEL P. ; STRÜWE, W., "Long-term Care Insurance and Bequests as Instruments for Shaping Intergenerational Relationships", *Journal of Risk and Uncertainty*, n° 12, 1996, pp. 65-76.

# RISQUE DE DÉPENDANCE, CYCLE DE VIE ET ÉPARGNE DES MÉNAGES

*Najat El Mekkaoui de Freitas*

*Université Paris-Dauphine, chaire Dauphine-Ensaie-Groupama, LEDa*

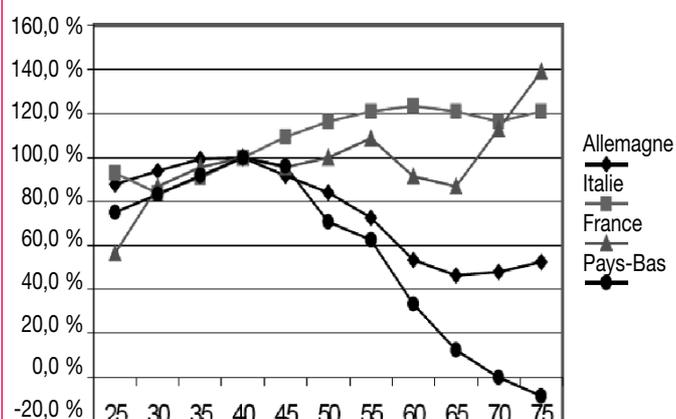
*Joaquim Oliveira Martins*

*OCDE, Université Paris-Dauphine, chaire Dauphine-Ensaie-Groupama*

Dans le cadre du modèle de cycle de vie, les ménages sont supposés avoir un comportement rationnel qui, lorsque leurs ressources leur permettent, va les conduire à constituer une épargne s'accroissant durant leur période d'activité, pour ensuite décroître lorsqu'ils partent à la retraite, et être nulle en fin de cycle de vie. Cette évolution de l'épargne individuelle en forme de « U-inversé » est le résultat principal du modèle de cycle de vie.

Néanmoins, les faits empiriques ne sont pas toujours conformes aux messages donnés par ce modèle. Il est observé, dans le cas de la France, que l'épargne suit les prédictions du cycle de vie seulement jusqu'à un certain âge. Il y a en effet un accroissement de l'accumulation de capital durant la période d'activité, une décroissance à partir de 55 ans, âge à partir duquel l'individu peut être à la préretraite ou à la retraite, mais une accumulation se produit à nouveau aux alentours de 65 ans (graphique suivant). Dans la littérature économique, ce phénomène est connu sous le nom de « *saving puzzle* ».

The « Ageing-saving Puzzle » :  
les individus épargnent aux âges élevés



Sources : France : Fall (2001) ; Allemagne : Börsch-Supan, Reil-Held, Rodepeter, Schnabel and Winter (2001) ; Italie : Brugiavini and Padula (2001) ; Pays-bas : Alessie and Kapteyn (2001).

Cette évolution est également observée, mais dans une moindre mesure, en Allemagne et en Italie. Pour les Pays-Bas, c'est bien un comportement d'accumulation et de désaccumulation conforme au cycle de vie qui apparaît.

Pour enrichir le cadre d'analyse, il faut prendre en compte d'autres dimensions. Notamment, les ména-

ges sont exposés à différents types de risques durant leur cycle de vie – par exemple, le risque de liquidité mais également la maladie ou le chômage, qui peuvent survenir plutôt durant la période de vie active. Le risque de longévité, l'état de dépendance ou de maladie sont aussi des risques observés durant la phase de retraite.

Dans ce contexte, le second graphique montre le profil des dépenses de santé au cours de la vie. Celles-ci sont importantes en début de cycle de vie – grosso modo avant 5 ans – et aux âges élevés avec un accroissement à partir de 55-60 ans, et elles s'accroissent à partir de 70-75 ans. Nous observons aussi un palier en matière de dépenses de soins à 80 ans. À partir de là, les dépenses stagnent puis décroissent.

D'un point de vue individuel, l'âge est donc un facteur d'augmentation de la consommation des biens de santé. Ceci ne veut pas forcément dire que le vieillissement *per se* de la population induit un accroissement des dépenses agrégées de santé, car l'influence du taux de mortalité et des dépenses près du moment du décès expliquent en partie la forme des courbes.

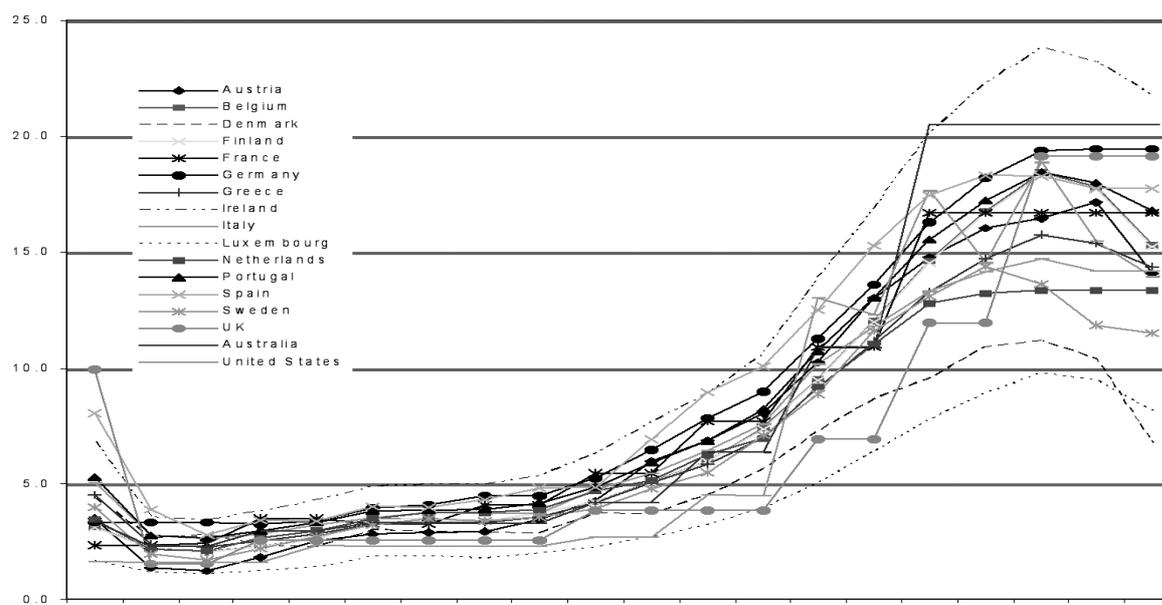
### Le programme de maximisation de l'agent sous contraintes est :

$$\begin{aligned} \text{Max } E[u(C_i, H_i)] &= u(C_i) + p_i \cdot u(H_i) \\ \text{s.t. } C_i + \frac{H_i}{1+r} &\leq (1-\alpha) \cdot w_i + \frac{T}{1+r} + \frac{\beta \cdot w_i}{1+r} \end{aligned}$$

$p_i$  : la probabilité de survie en seconde période

Pour prendre en compte l'impact de l'augmentation de l'espérance de vie et les dépenses de santé dans le processus d'accumulation-désaccumulation d'épargne, nous avons développé un modèle théorique dans lequel on considère que durant la seconde période, l'individu consomme principalement des biens de santé (El Mekkaoui de Freitas et Oliveira Martins, 2009). En première période, il reçoit un revenu d'activité ; en seconde période, un revenu de remplacement, en supposant un système où la retraite est financée par répartition. Par ailleurs, une épargne est constituée, augmentée d'un rendement, et des transferts en matière de santé sont réalisés. Une description simplifiée du modèle est donnée dans les encadrés ci-dessus, et page suivante.

### Les dépenses de santé s'accroissent avec l'âge



Source : ENPRI-AGIR and Oliveira & Maisonneuve (2007)

**Consommation et épargne :**

$$C_i = \frac{1}{1+p_i} \cdot \left[ (1-\alpha) \cdot w_i + \frac{p_i}{1+r} \cdot T + \frac{p_i}{1+r} \cdot (\beta \cdot w_i) \right]$$

$$H_i = \frac{1}{1+p_i} \cdot \left[ (1+r) \cdot (1-\alpha) \cdot w_i + p_i \cdot T + p_i \cdot \beta \cdot w_i \right]$$

$$s = \frac{S_i}{(1-\alpha) \cdot w_i} = \frac{p_i}{1+p_i} \cdot \left[ 1 - \frac{\beta + T_i / w_i}{(1+r) \cdot (1-\alpha)} \right]$$

Comme l'on pourrait s'y attendre, l'augmentation du taux de remplacement et du montant des transferts de santé induit une diminution de l'épargne. En intégrant une probabilité de survie en seconde période, nos résultats indiquent aussi que l'accroissement de la probabilité de survie après la retraite induit une augmentation de l'épargne des ménages. Plus cette probabilité est élevée, plus l'accumulation d'épargne le sera, mais le résultat est fonction d'un seuil qui dépend du taux de remplacement et des transferts. Pour des valeurs très élevées du taux de remplacement, l'augmentation de la durée de vie peut avoir un effet négatif sur l'épargne. La prise en compte de la probabilité de survie nous permet ainsi de mieux comprendre le processus d'accumulation d'épargne durant le cycle de vie et particulièrement aux âges élevés.

Ce cadre d'analyse pourrait être élargi à l'état de dépendance, c'est-à-dire l'impossibilité d'accomplir des tâches de base de vie quotidienne, qui impliquent le besoin de soins de longue durée. En effet, on peut supposer que les ménages anticipent un accroissement de la charge financière due au risque de dépendance et constituent une épargne de précaution. Bien sûr, le motif d'héritage peut également être mis en avant, dans la mesure où le ménage qui continue d'épargner à un âge élevé le fait dans une optique de transmission de patrimoine mais aussi pour éviter à ses enfants la prise en charge les coûts relatifs à la dépendance. Dans la continuité de nos travaux, nous projetons d'analyser la part véritablement consacrée à l'épargne dépendance.

Bibliographie

BÖRSCH-SUPAN A. H. ; WINTER J. K., "Population Aging, Savings Behavior and Capital Markets", NBER Working Paper no 8561, 2001.

EL MEKKAOUI DE FREITAS ; OLIVEIRA MARTINS N. ET J., "Consumption Structure, Welfare Goods and Retirement Income: Linking the Ageing Puzzles", Document de travail, Université Paris-Dauphine, 2008.

OLIVEIRA MARTINS J. ; DE LA MAISONNEUVE C., "The Drivers of Public Expenditure on Health and Long-Term Care: an Integrated Approach", OECD Economic Studies no 43/2, 2006.

# LA DÉPENDANCE : UN CHOIX DE SOCIÉTÉ

## INTRODUCTION

*André Masson*

*Directeur de recherche au CNRS-PSE*

*Directeur d'Etudes à l'EHESS*

**L**a dépendance, un choix de société ? Cela ferait un formidable sujet au bac. C'est en même temps une gageure, puisque les gens présents à cette table ronde, y compris moi-même, sont tous des économistes qui, de plus, appartiennent dans leur majorité au monde académique.

Le sujet siérait mieux à des médecins, des prospectivistes ou des sociologues.

Confronté à un tel problème, que peut cependant faire l'économiste ? Pour lui, la question renvoie d'abord aux différents modèles types de l'État providence avancés par le sociologue Esping-Andersen, qui sont censés découper autant de zones géographiques au sein des pays développés occidentaux : le modèle social scandinave, dit « social-démocrate » ; celui du monde anglo-saxon, appelé « libéral » ; le modèle de l'Europe continentale, « bismarckien » ou « conservateur » ; celui des pays du pourtour méditerranéen, « familial-paternaliste », etc. La dépendance ne sera pas traitée de la même manière dans chaque modèle idéal typique ou chaque zone géographique : l'Europe du Nord mettra davantage le poids sur les équipements collectifs et les services publics, le monde anglo-saxon fera plus confiance à l'épargne et au privé, etc.

Bien qu'elle trouve un certain écho dans les médias (le modèle scandinave fait rêver certains), cette typologie idéale pose problème parce qu'elle établit un isomorphisme trop étroit entre modèle social et zone géographique et qu'elle risque de conduire à une multiplication des modèles requis

pour rendre compte de la diversité des régimes sociaux en Europe et dans le monde anglo-saxon : trois, quatre, cinq ou davantage, on ne sait plus. C'est pourquoi une analyse plus théorique mais plus cohérente cherchera à distinguer, à un niveau suffisamment abstrait, trois grandes pensées ou visions du social, et trois seulement, qui traversent chacune tout l'échiquier politique et regroupent des positions variées par rapport au féminisme.

Ces trois pensées s'opposent sur la hiérarchie à adopter entre les trois piliers pourvoyeurs de bien-être, notamment pour les plus jeunes et les plus âgés, à savoir le marché, la famille et l'État. Chacune privilégie en même temps un terme de la devise républicaine : Liberté, Égalité, ou Fraternité devenue la Solidarité, et implique certaines complémentarités ou, au contraire, substitutions entre les trois piliers. Nous allons en voir tout de suite quelques exemples d'application à propos de notre thème d'aujourd'hui, l'aide aux personnes âgées dépendantes.

La pensée « conservatrice » ou, mieux, multi-solidaire, entend faire intervenir en premier lieu la famille et prône les solidarités, notamment entre les générations ; elle se méfie le plus du marché. Une variante radiale de cette pensée est représentée par le socio-économiste allemand Martin Kohli : ce dernier pose clairement que la famille rend des services uniques et indispensables, en particulier pour l'aide aux personnes âgées, mais qu'elle ne peut fonctionner à plein sans une aide conséquente de l'État. Cette étroite complémentarité implique qu'un recul de l'État aurait des conséquences dramatiques : les

solidarités familiales entre générations se déliteraient et on assisterait alors à un véritable retour en arrière, avec de nombreuses personnes âgées à nouveau démunies.

L'épisode emblématique de cette approche multi-solidaire est la canicule française de 2003, puisque seuls les vieux isolés, sans famille, auraient « trinqué ». Dans sa variante la plus bimarckienne, elle sera par ailleurs en faveur de la mise en place d'un cinquième risque ou branche dépendance sur le mode allemand.

Considérons maintenant, la pensée dite « sociale-démocrate », qu'il est préférable d'appeler pensée de l'égalité citoyenne pour éviter les confusions. Cette dernière croit d'abord à l'État, aux services et équipements collectifs. Elle se méfie le plus de la famille et de ses liens de dépendance personnalisés, en dénonçant son inefficacité, son iniquité et ses effets pervers.

Une variante clé est celle prônée par Esping-Andersen pour qui le modèle danois n'est pas loin de constituer un idéal. Selon cet auteur, le soutien familial aux parents âgés, soit en fait celui de leurs filles d'âge mûr, est à exclure. Dans un ouvrage récent <sup>1</sup>, il va jusqu'à affirmer que si les Françaises travaillaient comme les Scandinaves jusqu'à un âge élevé, l'impôt recueilli financerait largement le coût de la dépendance. Bref, l'État pourrait se substituer totalement, et avec bonheur, à la famille. Le marché pourrait apporter un complément pour les plus aisés, mais il serait inaccessible car trop cher pour le reste de la population. S'agissant du débat sur la dépendance comme choix de société, vous voyez comment cette position diffère radicalement de la précédente...

La troisième pensée, « libérale » ou du libre agent, est sans doute la mieux connue de la salle. Elle fait d'abord confiance au marché et se méfie le plus de l'État générateur d'une culture d'assistés. Les individus en tant qu'agents libres et responsables sur les marchés doivent être rationnels et prévoyants et s'occuper eux-mêmes du financement de leurs besoins sur les vieux jours - sans compter sur l'État, ni même s'appuyer trop sur la famille. Il faut rémunérer l'effort

d'épargne et assurer l'équité de traitement entre les générations.

Un exemple : certains libéraux, au moins, seront favorables à la récupération de l'APA sur l'héritage. Pourquoi ? Au nom de la liberté de disposer de ses biens comme on l'entend, plutôt que d'invoquer un droit des enfants à l'héritage, droit qui n'aurait pas lieu d'être. À leurs yeux, la mesure aurait l'avantage d'instaurer une menace efficace qui permettrait de filtrer les demandes d'APA, autrement trop nombreuses <sup>2</sup>. Elle pourrait en outre inciter à la vente en viager du logement des parents âgés. Bien sûr, cette possibilité susciterait des débats animés dans un pays comme la France où « toucher à l'héritage, c'est comme toucher à la famille ».

Avec comme arrière-plan cette présentation des trois paradigmes du social qui rêvent à des modes sociaux radicalement étrangers, revenons à la table ronde, aux chiffres et au concret.

Manuel Plisson brosera un état des lieux de la situation française et de l'APA en rappelant que la probabilité à 65 ans de terminer sa vie en dépendance est de 40 % en moyenne. Il esquissera certains débats : opportunité d'une cinquième branche dépendance, statut fiscal de l'assurance dépendance - à comparer avec celui de placements « concurrents » comme l'épargne assurance.

Anne Laferrère traitera des liens entre la dépendance et le logement, conçu à la fois comme un bien de consommation et un bien d'investissement, en s'appuyant sur les données Share du panel européen qui permettent les comparaisons internationales. Le logement apparaît fournir un angle privilégié pour analyser le rôle respectif des trois piliers en matière de dépendance, suscitant nombre de questions du type : combien de logements sont-ils adaptés à la dépendance ? Combien de personnes âgées sont-elles recueillies par leurs enfants, ou ont-elles un enfant proche de leur domicile ? Combien vivent seules ou en couple - sachant que la femme a 80 % de « chances » de survivre à son conjoint ? Ou encore, vu

que 70 % des seniors sont propriétaires, le logement pourrait-il être liquidé, vendu en viager ou selon la formule plus souple du prêt viager hypothécaire (*reverse mortgage*) ?

Les deux dernières interventions concernent plus spécifiquement les avantages ou les problèmes d'une couverture privée de la dépendance.

Jean Pinquet traitera du cas américain où l'assurance finance des dépenses d'indemnisation. Il soulignera notamment que les ruptures de contrat diminuent sensiblement la rentabilité anticipée de ce placement. On pourrait se demander ce qu'il en est pour la France, où il est possible que la logique forfaitaire occasionne moins de ruptures de contrat.

Philippe Trainar donnera enfin le point de vue d'un assureur. Il mettra l'accent sur les spécificités du risque dépendance : mal défini et socialement évolutif, il se prête mal à une logique d'indemnisation. L'assureur ne peut aisément couvrir des risques de dépendance dont l'augmentation des coûts n'est pas prévisible, ou dont la perception par le public et les

aspirations en matière de traitement sont appelées à évoluer fortement. En conséquence, l'assurance forfaitaire, à la française, paraît plus pertinente, mais elle ne permet qu'une couverture partielle.

La question qui demeure est de savoir qui doit assurer le reste : l'individu lui-même, l'État ou la famille ? Plus généralement, qu'il s'agisse du viager (partiel) ou *reverse mortgage*, des problèmes de rupture de contrat dépendance, ou de la couverture même de la dépendance (forfait ou indemnisation), l'assurance française veut et sait, peut-être plus qu'ailleurs, couvrir certains risques, mais ne sait pas, ou ne veut pas en couvrir d'autres ; à la charge de qui devront être laissés ces autres risques ?

#### Notes

1. *Trois leçons sur l'État providence*, Seuil, coll. « République des idées », 2008.

2. *Voir le succès beaucoup plus limité de la PSD (prestation sociale dépendance), l'aide qui prévalait avant l'APA et qui autorisait cette récupération sur héritage.*

# LE MARCHÉ DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

*Manuel Plisson*

*IRI-Crea (Université Paris-Dauphine)*

**L**e risque dépendance est en réalité composé de trois risques :

- un risque d'incidence (la probabilité de devenir dépendant avant de mourir) ;
- un risque de durée en dépendance ;
- un risque d'évolution du coût de prise en charge.

Trois contributeurs naturels peuvent le prendre en charge :

- la famille (que ce soit la personne dépendante ou ses descendants) ;
- l'État ;
- le marché (l'assurance ou les marchés financiers).

---

## La dépendance en quelques chiffres

---

**L'**évaluation la plus récente de la population dépendante date de l'enquête HID qui a été effectuée en deux vagues : la première en 1999 et la seconde en 2001. On comptait alors 800 000 individus dépendants (si on prend en compte les GIR 1 à 4). Ce chiffre passe à 960 000 si on prend une définition plus large de la dépendance. On prévoit un doublement de la population dépendante d'ici 2040, soit une croissance d'environ 1 % par an (Insee, 2006). Afin d'étudier l'évolution de la population dépendante en France, nous

pouvons donc soit nous baser sur les projections faites à partir de 2001, soit nous intéresser aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Au 31 décembre 2007, 1 078 000 personnes en bénéficiaient, soit une augmentation de 5,1 % sur un an, en ralentissement par rapport à la hausse observée au cours de l'année précédente (8,1 % de décembre 2005 à décembre 2006).

Au sein de cette population de bénéficiaires, 61 % vivaient à domicile et 39 % en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). La part des bénéficiaires de l'APA modérément dépendants relevant du GIR 4 reste constante (44 %) et est toujours nettement plus élevée à domicile (57 %) qu'en établissement (25 %). À domicile, le montant moyen du plan d'aide attribué est de 493 euros par mois (dont 411 euros à la charge des conseils généraux), et de 429 euros pour les personnes qui résident en établissement (dont 288 euros à la charge des conseils généraux).

La dépendance est bien un risque et non une période de la vie. Elle n'est pas le pendant de l'enfance ou de l'adolescence car tout le monde ne devient pas dépendant. Une bonne proportion d'individus décède sans passer par une période de dépendance. Selon les estimations de l'OCDE, un individu ayant atteint l'âge de 65 ans a une probabilité légèrement supérieure à 40 % de devenir dépendant (OECD, 2005). D'autres estimations indiquent que parmi les

personnes nées entre 1940 et 1954 et qui atteignent l'âge de 60 ans, 41 % connaîtront au moins une année de dépendance (Insee, 2006). Plus d'une personne sur deux ne sera donc jamais dépendante (29 % parmi les hommes et 52 % parmi les femmes). La durée moyenne de dépendance lorsqu'elle survient est de 3,7 ans pour les hommes et 4,4 ans pour les femmes. Par ailleurs, les durées longues en dépendance sont rares. Seuls 6 % des hommes et 16 % des femmes atteignant l'âge de 60 ans vivent plus de 5 ans en dépendance. Cela confirme qu'il s'agit bien d'un risque ayant donc vocation à être couvert par l'assurance.

## Combien ça coûte ?

**P**our une personne âgée, tomber en situation de dépendance représente une réelle perte de bien-être mais également un risque financier majeur. À l'inquiétude de voir sa santé se détériorer s'ajoute la peur de ne pas pouvoir faire face à ce risque financier ou de devoir finir ses jours dans un « mouiroir » par manque de moyens. Pour la dépendance en établissement, le coût mensuel varie fortement en fonction des régions. Une approximation effectuée par le site [agevillage.com](http://agevillage.com) nous donne les estimations suivantes :

- Paris : 2 700 à 4 600 euros par mois
- Île-de-France : 2 000 à 2 500 euros par mois
- Province : 1 500 à 1 800 euros par mois.

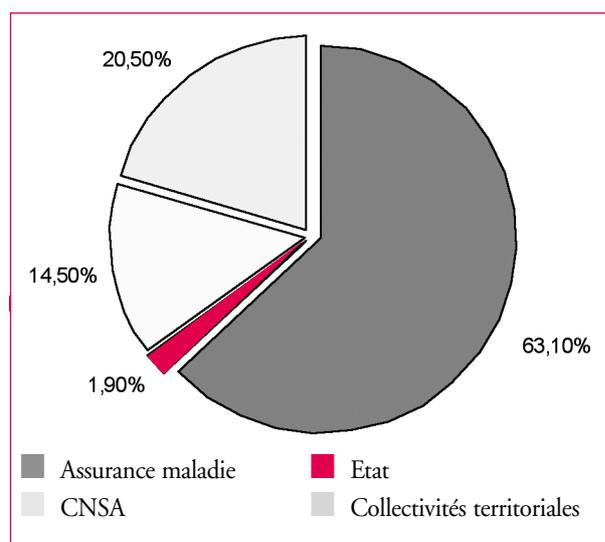
La moyenne du coût de prise en charge de la dépendance en institution se situe autour de 2 200 euros. Le coût de la prise en charge à domicile oscille quant à lui entre 300 euros et 5 300 euros par mois en cas de dépendance physique et psychique maximale (Ennuyer, 2006) avec une moyenne d'environ 1 500 euros (Loones, 2005). Ce coût peut même être supérieur en région parisienne. La dépendance lourde est donc plus coûteuse à domicile mais la part de dépendance légère y est plus forte, ce qui explique que la moyenne soit plus faible.

## Le reste à charge

**S**i l'on rapporte ce coût moyen à la solvabilisation moyenne apportée par l'APA<sup>1</sup> versée par les conseils généraux qui est de 409 euros (Perben, 2006), on se rend compte que la prise en charge publique ne représente que 30 % du coût moyen (Ennuyer, 2006). D'autres estimations ont évalué la prise en charge publique à 50 % du coût moyen (Cour des comptes, 2004). Et si on rapporte ce coût au montant des retraites qui est en moyenne de 692 euros pour les femmes et de 1 535 euros pour les hommes (toutes carrières confondues), on remarque que le revenu des retraités additionné à l'aide publique est insuffisant pour financer une prise en charge décente en établissement ou encore pour financer une prise en charge à domicile. Il existe donc un reste à charge pour la personne dépendante.

## Le coût macroéconomique

**L**e coût macroéconomique actuel de la dépendance est difficile à évaluer. Si l'on s'en tient uniquement aux dépenses publiques, on rencontre déjà des difficultés. Si l'on se limite à une vision étroite du coût de la dépendance (APA et dépenses fiscales ciblées), il représente 4,1 milliards d'euros, soit environ 0,25 % du PIB. Une étude menée par la Cour des comptes en 2005 estimait le coût global élargi de la dépendance à 15,5 milliards d'euros, soit 1 % du PIB<sup>2</sup> (Cour des comptes, 2004). Cet écart d'estimation vient du fait que de nombreuses dépenses publiques liées à la dépendance sont en réalité inscrites dans les dépenses de Sécurité sociale. L'assurance maladie supporte en effet 61 % des dépenses de dépendance. Le rapport le plus récent estimait les dépenses publiques à 19 milliards d'euros (Sénat, 2008), se répartissant entre les différents organismes de la manière suivante (voir tableau ci-après).



Source : rapport d'étape du Sénat, juillet 2008.

Ces dernières estimations semblent beaucoup plus proches du coût réel de la dépendance. On obtient d'ailleurs des grandeurs similaires aux États-Unis, où les dépenses publiques de *long term care* étaient estimées pour l'année 2004 à 1,2 % du PIB, soit une grandeur macroéconomique proche de celle estimée en France (CBO, 2004).

Cependant, pour délivrer un coût macroéconomique global, il convient d'ajouter aux dépenses publiques les dépenses privées de dépendance. Les ménages acquittent au moins 7 milliards d'euros par an en complément des ressources fournies par la solidarité nationale<sup>3</sup> (Sénat, 2008). Cette estimation a minima ne comprend pas les dépenses non prises en charge dans le cadre des plans d'aide à domicile. Au final, le coût macroéconomique global semble beaucoup plus proche de 2 % du PIB que de 1 %.

## L'offre d'assurance : forfaitaire ou indemnitaire ?

Une femme touchant une retraite moyenne de 692 euros par mois et recevant une aide moyenne de l'APA de 409 euros a donc besoin d'un complément mensuel de 1 100 euros pour payer le coût moyen d'un séjour en institution. Elle peut donc décider de

souscrire une assurance dépendance pour un niveau de rente de 1 100 euros. Elle sera alors couverte contre le risque de dépendance pour une prise en charge moyenne à coût constant. Cette assurance dépendance permet donc de couvrir le reste à charge, mais également de s'assurer contre le risque de finir sa vie dans un « mouvoir ». Elle peut permettre également de rester au domicile même en cas de dépendance lourde.

Le produit d'assurance que l'on propose actuellement dans la quasi-totalité des pays, dont la France, est un produit forfaitaire. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une indemnisation mais plutôt d'une rente. Le souscripteur décide de s'assurer pour un certain niveau d'aide en cas de dépendance. L'autre forme d'assurance envisageable est l'assurance indemnitaire qui, elle, est une assurance à part entière. Elle propose de couvrir une partie ou l'intégralité du reste à charge de l'assuré. Même si les sociétés d'assurances privilégient aujourd'hui un produit forfaitaire, elles tentent d'introduire de plus en plus de services et donc de repousser la frontière de l'assurabilité.

## Le marché de l'assurance dépendance

Pour autant, en France comme aux États-Unis, le marché tarde à se développer. Le taux d'équipement du marché de l'assurance dépendance se situe entre 10 et 15 %<sup>4</sup> dans ces deux pays, alors qu'il est de plus de 86 % pour la complémentaire santé en France. C'est ce que Denis Kessler appelle l'« énigme de l'assurance dépendance » (Kessler, 2007).

Si on s'intéresse à l'ensemble des personnes titulaires d'une couverture face au risque dépendance, on est en présence d'un marché qui compte environ 3 millions de personnes<sup>5</sup>. Cependant, au sein de cette population assurée, le risque est souvent couvert dans le cadre d'une garantie optionnelle ou dans un cadre collectif. Dans ces deux cas, les rentes proposées sont souvent modiques face au risque financier de la

dépendance. Il convient donc de nuancer ce chiffre de 3 millions de personnes couvertes. Dans quelle mesure une personne qui reçoit 150 euros de rente mensuelle en cas de dépendance peut-elle être considérée comme assurée face à la dépendance ? L'assurance participe faiblement pour l'instant au financement de la dépendance car le marché n'a vraiment démarré qu'au début des années 2000, suite à l'arrivée de nouveaux entrants.

## Pourquoi ce marché ne se développe-t-il pas davantage ?

De nombreux économistes se sont intéressés aux raisons expliquant la taille limitée du marché de l'assurance dépendance. Comprendre pourquoi le marché ne se développe pas davantage présente un intérêt théorique mais également un intérêt de politique publique. Identifier l'explication pertinente permettra de mieux orienter les dispositifs publics (incitations fiscales, critères d'éligibilité, etc.). Il est possible de classer ces explications en quatre catégories :

- des raisons relatives à la myopie des individus face au risque ;
- des raisons propres aux assureurs (conception ou distribution du produit non appropriée) ;
- des raisons propres au contexte institutionnel (critères d'éligibilité de l'aide publique, régime fiscal du contrat) ;
- des raisons inhérentes au risque (assurabilité, anti-sélection, aléa moral intergénérationnel, etc.).

La première catégorie porte sur la méconnaissance du risque. Les individus ignoreraient les risques présentant de faibles probabilités de réalisation : des sinistres élevés et qui ne sont pas survenus récemment (Kunreuther, 1978). Cette tendance a été observée sur d'autres marchés d'assurance et est propre à ce que l'on peut appeler les « risques catastrophes ». Cependant, en ce qui concerne la santé, ces comportements sont rares (Hershey, 1984). D'autant que les

études empiriques récentes montrent que 42 % des personnes entre 45 et 75 ans se disent préoccupées par le risque de perte d'autonomie lié au vieillissement (FFSA, 2006) ; les personnes les plus sensibles à ce problème étant celles qui ont déjà dû faire face à une situation de dépendance dans leur entourage proche (FFSA, 2006). Ce comportement peut aussi s'expliquer par une forte préférence pour le présent. L'individu ne s'intéresse pas aux risques susceptibles de se produire dans une quinzaine d'années. Mais, là encore, les comportements en matière d'épargne retraite tendent à contredire cette explication.

Une seconde explication serait la méconnaissance des critères de l'assurance sociale. Les personnes âgées seraient mal informées des conditions d'éligibilité des programmes d'aide publique (APA et Sécurité sociale en France, Medicaid et Medicare aux États-Unis) et penseraient être couvertes contre ce risque alors qu'elles ne le sont pas. Cette méconnaissance a été observée empiriquement aux États-Unis dans les années 1980 (American Association, 1985) mais ne semble plus être d'actualité. En effet, plus de 60 % des personnes interrogées récemment en France s'estimaient suffisamment informées à la fois du risque encouru mais aussi des dispositifs de prise en charge publique (FFSA, 2006).

Cette première série d'explications portant sur une simple méconnaissance du risque semble donc de moins en moins probante en France comme aux États-Unis. Les études d'opinion montrent que les individus sont de mieux en mieux renseignés et de plus en plus préoccupés par ce risque. Les événements liés à la canicule de l'été 2003 ainsi que la communication publique et privée développée par la suite ont grandement sensibilisé la population. De manière générale, s'il s'avère que la taille limitée du marché est due à une certaine méconnaissance du risque, le remède semble relativement aisé. Une campagne de communication appropriée suffirait à développer le marché.

La deuxième série d'explications est propre aux assureurs. Dans ce cas, seule une maturation du

marché ou une incitation fiscale appropriée peut aider au développement du marché.

Une troisième série privilégie le contexte institutionnel. Dans certains cas, les critères d'éligibilité peuvent entraîner un effet d'éviction de l'assurance privée par l'assurance sociale. Un régime fiscal de l'assurance dépendance désavantageux par rapport à des contrats concurrents comme l'assurance vie ou l'assurance retraite peut également expliquer la taille limitée du marché. Si cette raison est privilégiée, une simple modification de la loi devrait permettre au marché de couvrir le risque dépendance.

Pour ces trois premières séries d'explications, les moyens pour développer le marché semblent relativement abordables pour le décideur public. Ils passent par une campagne de sensibilisation ou une modification de la loi.

La dernière série s'intéresse aux raisons strictement économiques qui expliqueraient la taille limitée du marché. Ce risque peut rencontrer des difficultés d'assurabilité. Si une partie ou la totalité du risque n'est pas diversifiable, les produits d'assurance proposés par le marché seront nécessairement incomplets et donc peu intéressants. Dans ce cas, le marché est condamné à stagner dans la mesure où il n'existe pas de moyens à proprement parler pour lutter contre l'inassurabilité. Ce risque peut également faire l'objet de comportements opportunistes (antisélection et aléa moral intergénérationnel). Dans ce cas, les moyens pour développer le marché sont plus limités. Une technique souvent employée par les assureurs pour lutter contre l'antisélection est de segmenter le marché afin de constituer des classes de risque homogènes. Encore faut-il que l'assureur puisse extraire l'information nécessaire à cette segmentation. Si l'explication à l'énigme de l'assurance dépendance relève de cette dernière série d'explications, le développement du marché de l'assurance dépendance paraît compromis. Un désengagement de l'assurance sociale au profit du marché semblerait donc difficile dans ces conditions car il se traduirait par une

couverture moindre pour l'ensemble de la population.

Les premiers résultats empiriques montrent cependant que le faible développement du marché s'expliquerait davantage par des raisons institutionnelles et fiscales plutôt que par des raisons relatives à la rationalité économique.

---

## Quel arbitrage public-privé ?

---

**L**es limites au développement du marché de l'assurance dépendance ont un effet direct sur l'équilibre entre la part publique et la part privée. L'aide publique est en effet insuffisante pour financer les dépenses de dépendance. Qui plus est, le besoin d'aide publique consacrée à la dépendance va mécaniquement augmenter si les critères d'éligibilité restent identiques (Insee, 2004).

Or, dans un contexte de déficit public, et à prélèvements obligatoires constants, les pouvoirs publics seront plutôt incités à ne pas augmenter le financement des dépenses de soins, voire à le diminuer. Un simple maintien voire un recul de l'aide publique ne sera donc supportable que si le marché se développe. Sinon, seule la famille sera mise à contribution avec toutes les inégalités que ce type de financement comporte.

---

## Les enjeux à venir

---

**U**n projet de loi sur la dépendance devrait être discuté au Parlement au premier semestre 2009. Plusieurs questions se posent alors :

- Faut-il passer à un mode de financement de type bismarckien ?
- Faut-il intégrer le recours sur succession au versement de l'APA ?
- Quel statut fiscal donner à l'assurance dépendance ?
- Doit-on privilégier l'aide à domicile ou la prise en charge en établissement ?

## Notes

1. Cette aide remplace la prestation spécifique dépendance depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002.

2. Le rapport du Conseil d'analyse stratégique rendu en 2006 donne des résultats similaires.

3. 650 millions pour le ticket modérateur de l'APA à domicile, 700 millions pour le ticket modérateur en institution et 5,7 milliards au titre des frais d'hébergement en Ehpad (nets des aides au logement et de l'aide sociale des départements).

4. Ce chiffre dépend de la définition que l'on retient du fait d'être « assuré contre la dépendance » ainsi que de la population de référence (population totale, plus de 40 ans, plus de 60 ans).

5. Ce chiffre est avancé par la FFSA ainsi que la Scor, le principal réassureur français du risque dépendance.

## Bibliographie

AARP, "Preferences of AARP Members for Specific Long-term Care Insurance Product Features", Washington, American Association of Retired Persons, 1985.

Centre d'analyse stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, La Documentation française, 2006.

CBO, "Financing Long-term Care for the Elderly", Congressional Budget Office, Government Printing Office, Washington DC, 2004.

Cour des comptes, « Les personnes âgées dépendantes », Cour des comptes, 2005.

CSA, « Attitudes et comportements face au risque dépendance », FFSA, 2006.

DUÉE M. ; REBILLARD C., « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », Insee, *Données sociales - La société française*, 2004.

DUÉE M. ; REBILLARD C., « La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme », Insee, direction des études et synthèses économiques, document de travail G 2004/02, 2004.

ENNUYER B., *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*, Dunod, 2006.

HERSHEY J. ; KUNREUTHER H. ; SCHWARTZ J. S. ; SANKEY W., "Health Insurance Under Competition: Would People Choose What is Expected?", *Inquiry*, n° 21, 1984, pp. 349-360.

KUNREUTHER H., *Disaster Insurance Protection: Public Policy Lessons*, New York, Wiley, 1978.

LOONES A., « Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile », Credoc, cahier de recherche n° 221, 2005, p. 32.

OECD, "Long-term Care for Older People", OECD, 2005.

PERBEN M., « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2005 », Drees, *Études et résultats*, n° 477, 2006.

VASSELLE A., rapport d'étape du Sénat sur la création du cinquième risque, 2008.

# DÉPENDANCE ET LOGEMENT

Anne Laferrère

*Insee et Crest*

**L**e logement, par son rôle à la fois de consommation et d'investissement, a une double relation au risque de dépendance. La première passe par l'importance que prend le cadre de vie en situation de dépendance physique, et la seconde par l'épargne que le logement constitue pour un propriétaire qui aurait besoin de financer des dépenses liées à la dépendance.

---

## Le logement, cadre de vie et type de famille

---

**D'**une façon générale, le logement prend de l'importance au fur et à mesure que l'on vieillit et que l'on y passe davantage de temps parce que les déplacements extérieurs se réduisent. Par ailleurs, la dépendance demande de financer non seulement des soins, mais aussi l'hébergement, par l'aménagement du logement ou le déménagement vers un logement adapté. La « consommation de logement » s'entend d'ailleurs ici au sens large et dans ses multiples dimensions, dont la moindre n'est pas la localisation, qui commande l'accessibilité et la sécurité.

Les collectivités locales ne doivent pas sous-estimer l'importance de l'aménagement des quartiers pour leur population âgée, que ce soit pour minimiser les risques de chutes, faciliter les déplacements des seniors, mais aussi, on n'y pense moins, de leurs aidants.

Le logement adapté à la dépendance peut être celui de la personne dépendante, qu'elle vive seule ou en couple, celui d'un de ses enfants ou un établissement d'hébergement.

Les trois « types de ménage » sont possibles et donc à prendre en compte. En matière de *living arrangements*, on ne peut inférer le comportement des générations futures à partir de celui des générations passées. Ainsi, l'observation en coupe que le taux de coresidence avec des enfants augmente avec l'âge cache le fait que ce taux ne cesse de diminuer d'une génération à l'autre (Flipo et al., 1999).

La préférence va clairement à la vie en logement indépendant : les personnes âgées, dont le revenu a beaucoup augmenté et qui sont en meilleure santé, mieux éduquées, restent chez elles, et en couple, plus longtemps. Les déterminants du choix de vie en établissement d'hébergement sont peu étudiés en France faute de données de panel longitudinal qui suivent les individus en institutions<sup>1</sup>.

Seules ces données permettent – à partir de l'observation du revenu, du patrimoine en logement, du patrimoine financier, de l'état de santé et du réseau familial à un âge donné – de déterminer ce qui influence les choix de vie futurs. Notons aussi que seules des données longitudinales permettent de tenir compte de l'effet de la mortalité différentielle : les plus âgés sont les plus riches de leur génération.

Ceci n'est pas sans influence, entre autres, sur la souscription à une assurance dépendance.

En Europe, et en France en particulier, seule l'enquête Share (*Survey of Health Aging and Retirement in Europe*) sur les 50 ans et plus, avec ses deux premières vagues, commence à fournir les données indispensables à de telles analyses. Malgré le peu de points d'observation, on décèle clairement des éléments intéressants dont nous en isolons trois.

Parmi les ménages âgés, la mobilité résidentielle est très faible sauf après un veuvage <sup>2</sup>. Le désir est clairement de vieillir chez soi.

Quand il y a mobilité résidentielle entre logements qualifiés d'ordinaires, c'est-à-dire hors établissements d'hébergement, elle semble « non contrainte ». En témoigne le fait que plus on est riche, plus on bouge, et que l'état de santé et son évolution ont peu d'influence. Notons qu'on bouge d'autant moins que le logement est adapté. Il y a donc bien choix de cette immobilité. Par contraste, la mobilité vers un établissement d'hébergement semble triplement contrainte, par des problèmes de santé, mais aussi par un revenu faible et l'absence d'enfants et de conjoint. Ceci est observé dans tous les pays d'Europe (Angelini et Laferrère, 2008) <sup>3</sup>.

S'il y a baisse de la coresidence au fil des générations, la proximité géographique avec les enfants demeure très importante en Europe. Aux grands âges, les déménagements rapprochent les membres des familles (Bonnet et al., 2008). Cette proximité géographique facilite les échanges familiaux d'aide qui sont considérables. La disparition de la famille est en ce sens un mythe <sup>4</sup>.

Santé, ressources financières, niveau d'éducation, réseau familial, ces éléments interagissent donc et doivent être observés simultanément. Si vieillir chez soi est l'idéal, plusieurs questions ou réflexions peuvent venir à l'esprit. En voici quelques-unes.

On peut prévoir deux types de besoins de financement : celui du logement et celui des soins ; donc, plus généralement, il pourrait être utile de séparer l'assurance soins de dépendance et l'assurance

hébergement de dépendance. C'est un peu le cas actuellement, mais ce pourrait être fait plus nettement, pour éclairer les choix voire les orienter. En particulier les travaux d'aménagement d'un logement prennent du temps et sont entrepris en prévision des risques potentiels, donc avant que la dépendance soit révélée. Une question de la dernière enquête Share portait sur le degré d'adaptation des logements à une personne âgée ou handicapée <sup>5</sup>. Seuls 6 % des Français de 50 ans et plus déclarent habiter un logement spécialement adapté contre 16 % aux Pays-Bas. Même parmi les 20 % qui ont des problèmes de mobilité physique <sup>6</sup>, seuls 12 % ont un logement doté d'équipements spéciaux. La demande potentielle est donc forte <sup>7</sup>.

Il est moins cher de procurer certains soins à domicile qu'en institution, sauf quand la dépendance devient lourde. Mais quel type de soins est-il le meilleur, en termes de bien-être et de survie, pour la personne âgée dépendante ? Là encore seules des données de panel le diront sans équivoque. Les soins en institution, ceux apportés par la famille et ceux apportés chez soi par des professionnels ne sont en réalité pas les mêmes, et donc plus complémentaires que substituables (Bonsang, 2008). Encore faut-il que les fournisseurs de soins existent en dehors des Ehpad et que les logements « ordinaires » s'y prêtent. En matière d'assurance dépendance, cela peut vouloir dire que la demande est très différenciée. Quant aux Ehpad eux-mêmes, quelle sera la demande ? Des comparaisons internationales <sup>8</sup> pourraient éclairer la réponse.

Il semble que les enfants participent d'autant plus aux soins que les parents en ont besoin, peut-être aussi d'autant plus que des aides professionnelles sont disponibles. Dans ces conditions, être assuré réduit-il la quantité de soin qu'on va recevoir de ses enfants (Yaari, 1965 ; Zweifel et Strüwe, 1996) ? Là encore, ce sont les choix de *living arrangement* de l'ensemble de la famille qui décident de qui s'occupe des parents au sein de la fratrie, et ces choix sont endogènes.

---

## Logement patrimoine : une illiquidité toute relative

---

**L**a propriété du logement est très répandue parmi la population âgée<sup>9</sup>, donc à risque. Une bonne partie des non propriétaires vit en logement social. Le logement constitue pour un propriétaire une auto-assurance. Il y a des chances pour que sa valeur soit proportionnelle à la qualité de soins désirée. Le problème est alors celui de la relative illiquidité de l'épargne en logement. Comment en extraire du revenu ?

Un moyen d'extraire un revenu de son logement est de moins l'entretenir. Cela semble observé chez les personnes âgées (Davidoff, 2004). Combien sont riches en logement, pauvres en revenu ? Peu, semble-t-il, en France. La question ne peut être posée indépendamment de la présence d'enfants héritiers. En effet, la présence d'enfants ajoute aux motifs d'épargne de précaution des motifs de transmission. Sans enfants, une personne dépendante vendra son logement pour payer ses soins. D'un autre côté, elle sera incitée à ne pas épargner, sachant qu'elle sera prise en charge à minima par la collectivité (Pauly, 1990). En présence d'enfants, les règles de récupération sur héritage, d'obligation alimentaire et d'aides sous conditions de ressources, la taxation différentielle de l'héritage et de la donation aboutissent à un jeu à acteurs multiples – parents, conjoints, enfants, État. Les nouvelles formes de vie familiale (quid de l'obligation alimentaire aux beaux-parents, aux parents du concubin, du pacsé ?) compliquent encore les stratégies.

La vente en viager est un système qui existe depuis longtemps, mais qui ne se développe pas, voire régresse, pour des raisons à la fois économiques (calcul actuariellement peu juste des rentes) et psychologiques (l'acheteur parie sur le décès de son vendeur). Il reste que des systèmes plus sophistiqués de produits financiers viagers médiatisés par une institution financière<sup>10</sup> (vente en viager partiel, prêt viager hypothécaire, *reverse mortgage*), ne se développent que peu. Comme l'assurance dépendance, ils ne sont pas perçus comme actuariellement justes. Ils seraient pourtant un moyen

de réaliser le souhait de vieillir sur place, pour les ménages propriétaires à faible revenu. Mais, vraisemblablement, le marché ne sera jamais important : beaucoup de logements ont une valeur faible, une partie des parents voudront léguer intact leur logement à leurs enfants. Le dispositif risque d'aider peu ceux qui en auraient le plus besoin. Il faut articuler les souhaits et les incitations des familles avec les aides publiques sous conditions de ressources et avec les produits d'assurance.

Un autre moyen d'extraire un revenu de son logement est d'en louer une partie. Ceci, très fréquent en Allemagne<sup>11</sup>, est peu répandu en France, sans doute parce que l'architecture de nos maisons, faites pour une seule famille, ne s'y prête pas. Est-ce notre goût du « chacun chez soi » qui s'y oppose ?

Finalement, on peut déménager pour un logement moins cher. Cette question du *downsizing* du logement en fin de cycle de vie est encore controversée. Il semble que malgré un taux de mobilité faible, les ménages âgés qui déménagent le font plutôt vers des logements plus petits que plus grands, plus souvent vers la location que la propriété<sup>12</sup>. Mais comme ils se rapprochent aussi des centres-villes, il n'est pas sûr que leur dépense se réduise pour autant. Là encore, des études fines restent à faire dans notre pays.

---

## Les conditions de vie de la dépendance, un choix de société

---

**L**a façon dont on vit la dépendance dans l'espace et le temps est sûrement un choix de société. Le logement, par son aspect multidimensionnel, oblige à aborder la question non seulement en termes de financement et de ressources, dont il est un élément essentiel, mais aussi en termes familiaux et humains : où vivent et où vivront les personnes dépendantes, avec qui, et comment ? Autant de choix impliquant de multiples acteurs sociaux. Choix délicats, sous contrainte, qui demandent à être éclairés.

Notes

1. Voir cependant C. DELBÈS ET J. GAYMU (2004) ou J. GAYMU ET AL. (2007).

2. Voir aussi C. BONNET ET AL. (2008).

3. Cf. F. HEISS ET AL. (2003) pour les États-Unis. J. HOTZ ET AL. (2007) soulèvent la question de l'endogénéité du revenu.

4. Entre autres, voir C. ATTIAS-DONFUT et F.-C. WOLFF (2007).

5. Votre domicile présente-t-il des équipements ou des caractéristiques particulières destinés à aider des personnes ayant des handicaps physiques ou des problèmes de santé ? [par exemple, des portes élargies, des rampes, des portes automatiques, des translateurs pour escaliers, des systèmes d'alerte (boutons d'alerte), des aménagements particuliers de la cuisine ou de la salle de bains]. L'enquête Share a porté sur 30 000 ménages dans treize pays européens. Pour plus de renseignements : <http://www.share-project.org/>.

6. Parmi les 50 ans et plus, un individu sur cinq déclarait avoir des difficultés à accomplir une des activités suivantes : marcher sur une distance de cent mètres ; rester assis pendant deux heures ; se lever d'une chaise après être resté longtemps assis ; monter un ou plusieurs étages par les escaliers sans se reposer ; se pencher, s'agenouiller ou s'accroupir ; lever ou étendre les bras au-dessus du niveau de l'épaule ; tirer ou pousser des objets volumineux comme un fauteuil ; soulever ou porter des poids de plus de 5 kilos, comme un gros sac de provisions ; saisir une petite pièce de monnaie posée sur une table.

7. Il est sans doute moins cher d'aménager les logements des personnes âgées que d'édicter des règles qui renchérissent le coût de l'ensemble des logements neufs, sans qu'on soit sûr qu'une personne dépendante y habitera jamais.

8. Les systèmes sont en effet extrêmement variés, même au sein de l'Europe.

9. 73 % des retraités sont propriétaires.

10. C. TAFFIN (2007).

11. Où 11 % des 50 ans et plus propriétaires d'une maison en louent une partie.

12. Ils vont aussi plus souvent vers des appartements que des maisons, ce qui est sûrement lié à l'anticipation du risque de dépendance.

Bibliographie

ANGELINI V. ; LAFERRÈRE A., "Home, Houses and Residential Mobility, in Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension", éd. Börsch-Supan A. et al., Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 2008.

ATTIAS-DONFUT C. ; WOLFF F.-C., « Les comportements de transferts intergénérationnels en Europe », *Économie et statistique*, n°403-404, 2007, pp. 117-141.

BONNET C. ; GOBILLON L. ; LAFERRÈRE A., "The Housing and Location Choices of Widows", Ined, document de travail, 2008.

BONSANG E., "Does Informal Care from Children to their Elderly Parents Substitute for Formal Care in Europe?", *Journal of Health Economics* (à paraître).

DAVIDOFF T., "Maintenance and the Home Equity of the Elderly", Fisher Center for Real Estate and Urban Economics Paper, University of California, Berkeley, Paper n° 290, 2004.

DELBÈS C. ; GAYMU J., « Qui vit en institution ? », *Gérontologie et société*, n° 112, 2005, pp.13-24.

GAYMU J. ; EKAMPER P. ; BEETS G., « Qui prendra en charge les Européens âgés dépendants en 2030 ? », *Population*, n°4, vol. 62, 2007, pp. 789-822.

FLIPO A. ; LE BLANC D. ; LAFERRÈRE A., « De l'histoire individuelle à la structure des ménages », *Insee Première*, n° 649, 1999.

HEISS F. ; HURD M. D. , BORSCH-SUPAN A. H., "Healthy, Wealthy, and Knowing Where to Live: Trajectories of Health, Wealth and Living Arrangements Among the Oldest Old", NBER Working Paper W9897, 2003.

HOTZ J. ; LUKENS G. ; MCGARRY K. ; WIEMERS E., "Living Arrangements Among Elderly Women in the PSID", Working Paper, 2007.

LAFERRÈRE A., « Vieillesse et logement : désépargne, adaptation de la consommation et rôle des enfants », *Retraite et société*, n° 47, 2006, pp. 66-108.

LAFERRÈRE A., « Les seniors de moins en moins mobiles, les jeunes toujours plus mobiles : l'évolution de la mobilité résidentielle est-elle paradoxale ? », *Économie publique/ Public Economics*, n° 20-1, 2008, pp. 37-87.

LAFERRÈRE A., « L'impact du vieillissement de la population sur les marchés immobiliers », *Recherche et prévisions*, à paraître.

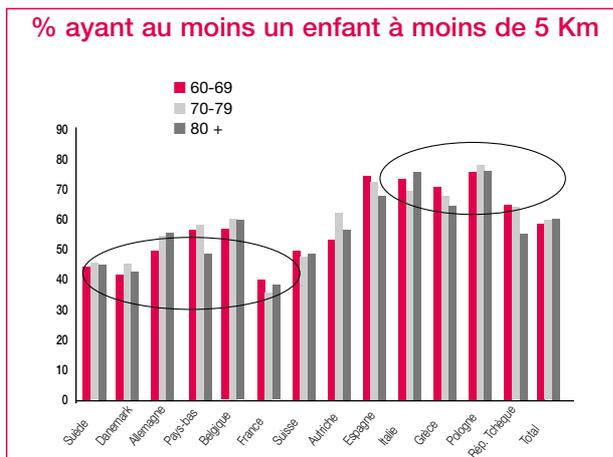
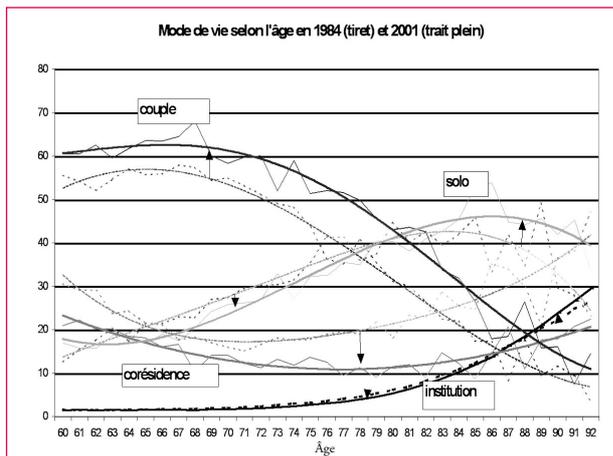
PAULY, "The Rational Non Purchase of Long Term Care

Insurance", *Journal of Political Economy*, n° 98, 1990, pp.153-168.

TAFFIN C., « Le prêt viager hypothécaire », in *Vieillesse de la population et logement. Les stratégies résidentielles et patrimoniales* (sous la dir. de Bonvallet C. ; Drosso F. C ; Benguigui F. ; Huynh M.), Puca, La Documentation française, 2007, pp. 473-484.

YAARI, 1965.

ZWEIFEL P. ; STÜWE W., "Long Term Care Insurance and Bequests as Instrument for Shaping Intergenerational Relationships", *Journal of Risk and Uncertainty*, n° 12, 1996, pp. 65-76.



### Logement-épargne et vieillissement

- 73 % de propriétaires, 15 % en logement social : le logement comme « auto-assurance »
- Comment extraire du revenu (au-delà du loyer) : *downsizing*, en diminuant l'entretien, partage, vente en viager...?
- Prêt viager hypothécaire, *reverse mortgage*
- Peu de « pauvres en revenu » « riches en logements »...
- Articulation avec l'héritage et sa taxation, « domicile familial » (vente à des héritiers), avec les aides publiques sous conditions de ressources...
- Par comparaison avec produits financiers d'assurance, risque longévité, risque de taux d'intérêt, etc ...
- Risque (démographique) de baisse des prix ?

### Conséquences

- Aménager les domiciles (seuls 6 % des 50 + déclarent habiter un logement spécialement adapté contre 16 % aux Pays-Bas) pour répondre au souhait de vieillir sur place. Problème des maisons ?
- Aménager les quartiers (sécurité/accessibilité)
- Établissements d'hébergement : maîtriser les coûts  
Ne pas sous estimer les effets de générations
- Famille, marché/État : complémentarité plus que substituabilité

# QUEL AVENIR POUR L'ASSURANCE DÉPENDANCE ? LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE AMÉRICAINE

*Jean Pinquet*

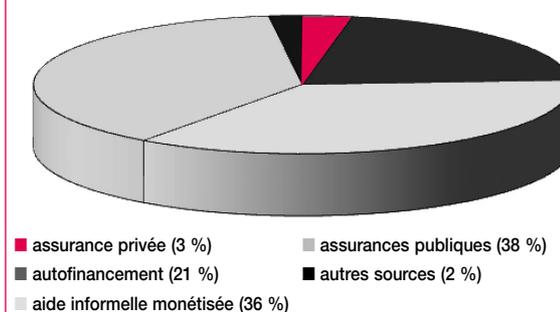
*Maître de conférences à l'Université Paris-X, chercheur au département d'économie de l'École polytechnique, associé à la chaire « grands risques » AXA-X-Ensaie, co-éditeur de la revue The Journal of Risk and Insurance*

**L**e titre de la session : « La dépendance : un choix de société ? » évoque deux axes de réflexion à l'auteur de cette note. Le premier concerne le partage entre échanges monétaires et non monétaires, le second a trait à la ventilation du financement des risques entre autofinancement, assurances publiques et assurances privées.

Comme pour le maintien du niveau de vie des personnes âgées, la diminution tendancielle des échanges non monétaires (se traduisant ici par des soins informels apportés aux personnes dépendantes par la famille et les voisins) augmente les besoins de financement. Ces besoins augmentent également du fait du vieillissement des populations, et de l'augmentation avec l'âge de la prévalence de l'état de dépendance.

Même dans les sociétés occidentales, la part des échanges non monétaires reste importante dans le cas de l'aide apportée aux personnes dépendantes, comme en témoigne un rapport récent du Congressional Budget Office (CBO, 2004). Il fournit les résultats suivants pour les sources de financement de la dépendance aux États-Unis.

Part relative des sources de financement de la dépendance aux États-Unis en 2004



La part de 38 % revenant aux assurances publiques se répartit entre les programmes Medicaid (22 % du total) et Medicare (16 %). Le programme Medicaid, consacré aux personnes indigentes, est d'un poids plus élevé que Medicare, dédié aux personnes âgées.

L'auteur ne dispose pas des chiffres correspondants pour la France, mais on peut faire des comparaisons sur les types de produits offerts par l'assurance privée. Évoquons d'abord le contrat le plus courant, qui est souscrit quand l'assuré est en bonne santé et qui donne lieu à des cotisations périodiques versées tant

que l'assuré reste dans cet état. Alors que les États-Unis ont opté pour des couvertures indemnitaires d'épisodes de dépendance pas forcément irréversibles, les assureurs français (à l'instar de la plupart des assureurs européens) proposent des couvertures forfaitaires d'épisodes de dépendance irréversibles (Taleyson, 2003). Les garanties indemnitaires ont pour avantage d'offrir une couverture plus proche de la réalité des risques.

Mais elles ont plusieurs inconvénients, d'abord celui de conduire à une dérive des coûts, particulièrement difficile à contrôler dans un environnement de droit jurisprudentiel (Kessler, 2008). Par ailleurs, les règlements de l'assureur dans le cas de la dépendance servent à financer des services (de soins, d'hébergement) et non à réparer un préjudice. Une logique indemnitaire conduit à contractualiser les prestations. Les évolutions technologiques pourraient également changer la nature des services apportés aux personnes dépendantes (par exemple l'utilisation de robots, avec un peu d'imagination ?), et sont en tous cas difficiles à contractualiser à long terme. Il est plus simple de laisser l'assuré libre de choisir la nature ainsi que le niveau de qualité et de prix des prestations. Les assureurs proposant des garanties forfaitaires peuvent par ailleurs être fournisseurs de services à la personne dépendante.

Le risque de dépendance se situe à trois niveaux : le risque d'entrée dans l'état de dépendance (qu'on supposera irréversible pour simplifier), la durée de vie dans cet état et le coût par unité de temps pour une garantie indemnitaire. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes dans un état de dépendance, et leurs taux d'entrée sont également supérieurs à ceux des hommes dans les âges élevés. Le genre n'est pas utilisé dans la tarification des produits d'assurance dépendance. Une étude sur données américaines évoque un rapport règlements/cotisations égal à 0,56 pour les hommes, à 1,04 pour les femmes et à 0,82 en moyenne globale (Finkelstein et McGarry, 2006). Ces rapports sont calculés sans tenir compte des rachats et annulations de contrat, un point sur lequel cette note revient par la suite. Cette importante

subvention croisée entre genres ne semble pas peser beaucoup sur la demande d'assurance, comme le montrent les chiffres précédents.

Un autre type d'assurance dépendance ne couvre que le risque de durée en dépendance, et pas le risque d'entrée. Il s'agit de produits de rente viagère immédiate, souscrits par des individus venant d'entrer en dépendance et dont l'espérance de vie s'est de ce fait notablement réduite (c'est d'autant plus vrai qu'ils sont jeunes). Ces produits sont à cotisation unique, laquelle peut être financée par la vente d'actifs immobiliers. Ils représentent en France une part infime du marché de l'assurance dépendance, et la pauvreté de la structure tarifaire autorisée (qui utilise l'âge, mais ni le genre ni le type de problème de santé causant la dépendance) pourrait expliquer cela. En effet, un phénomène d'écémage est alors à l'œuvre, et seuls les profils les plus risqués (par exemple les femmes victimes d'une maladie neurodégénérative) peuvent être intéressés. Plus de liberté dans la tarification pourrait sans doute permettre d'élargir ce marché.

Plusieurs causes expliquent le très faible poids des assurances privées dans le financement de la dépendance aux États-Unis. L'une d'entre elles, qui concerne sans doute aussi la France, est abordée par deux économistes américains dans une publication récente. En analysant les données du Health and Retirement Survey (HRS), ils ont mis en évidence le poids des rachats et annulations de contrat dans la rentabilité de l'assurance dépendance. D'après leurs calculs, 82 % des cotisations reviendraient aux assurés en l'absence de rachats et d'annulations de contrat<sup>1</sup>, alors que cette proportion tombe à 49 % en les incluant (Brown et Finkelstein, 2007). L'auteur de la présente note a eu l'occasion de travailler récemment sur des données espagnoles et sur des contrats qui comportaient une clause d'assurance dépendance (Guillén et Pinquet, 2008). Nous avons également constaté un nombre important de rachats et d'annulations de contrat sur les vingt années d'observation dont nous disposons. Les conditions de rachat étaient également très peu favorables aux assurés.

La nature du produit explique cela : un contrat d'assurance dépendance peut être détenu pendant des décennies, et la concurrence entre assureurs joue seulement à la signature du contrat. D'autres marchés d'assurance à long terme, tels ceux associés aux contrats vie entière<sup>2</sup> aux États-Unis, ont vu se développer un marché secondaire. Mais ces contrats sont transférables (l'assuré peut modifier l'identité du bénéficiaire en cours de contrat), ce qui permet la création d'un marché secondaire. Cela n'est pas possible pour l'assurance dépendance, car l'assuré est le bénéficiaire<sup>3</sup>.

La rente de monopole induite par les caractéristiques précitées du contrat d'assurance dépendance devrait impliquer une supervision plus étroite par les autorités de régulation que pour les contrats renouvelables, où l'assuré peut faire jouer la concurrence à intervalles réguliers. Par ailleurs, l'assureur n'est pas engagé à long terme sur sa tarification, ce qui se justifie par le fait qu'il y a une grande incertitude sur les lois de risques, qu'elles concernent l'entrée en dépendance ou la durée de vie dans cet état. Mais c'est une raison de plus pour justifier une supervision accrue de ces contrats.

La perte potentielle pour les assurés induite par les annulations et les rachats de contrat est sans doute l'un des freins principaux au développement de l'assurance dépendance en France comme aux États-Unis. Pour l'assurance dépendance, trois causes d'interruption de contrat sont identifiables a priori. Soit l'assuré révisé son risque à la baisse suite à de nouvelles informations sur son état de santé<sup>4</sup>, soit les motivations à s'assurer ont diminué (effet de richesse par exemple), soit enfin des contraintes de liquidité le poussent à interrompre le versement de la cotisation. À la connaissance de l'auteur, il n'existe pas de publications faisant la part de chacune des causes d'interruption de contrat. La dernière cause évoquée a sans doute un poids important. Elle peut expliquer pourquoi les acheteurs sont âgés (les liquidités augmentant avec l'âge), et pourquoi le taux de détention de cette assurance augmente avec la richesse, au moins jusqu'à un certain niveau. Il est sans doute souhaitable que les contrats soient aussi transparents

que possible sur les conditions de rachat, de manière à pouvoir créer une concurrence sur ce point.

#### Notes

1. *Chiffre déjà cité plus haut, issu d'une autre publication du même auteur de référence.*

2. *Assurance décès sans limite d'âge de l'assuré pour le versement du capital au bénéficiaire du contrat.*

3. *Le développement d'un marché secondaire élargit le champ des couvertures pour l'assuré, mais renchérit l'assurance primaire. Le débat a été vif aux États-Unis concernant l'assurance vie entière, aussi bien dans le monde professionnel qu'académique. Les marchés d'assurance secondaires concernent les assurés vie entière ayant soit perdu leur motivation à léguer le capital assuré (marché du life settlement), soit une espérance de vie très réduite et des besoins financiers liés à leur état de santé (marché du viatical settlement). Dans la littérature académique, on peut trouver des publications argumentant en faveur du développement des marchés secondaires (Doherty et Singer, 2002) et d'autres dont les conclusions sont plutôt négatives (Hendel et Lizzeri, 2003). En tout cas, le développement du marché secondaire a eu pour effet d'élargir la gamme des contrats offerts sur le marché primaire, avec l'inclusion d'options correspondant aux situations poussant à recourir au marché secondaire.*

4. *Dans l'étude de Finkelstein et McGarry, les assurés ayant interrompu leur contrat se montraient moins risqués d'un tiers que les autres vis-à-vis de l'entrée en dépendance et à l'horizon de l'analyse.*

#### Bibliographie

BROWN J. ; FINKELSTEIN A., "Why is the Market for Long-term Care Insurance so Small?", *Journal of Public Economics*, n° 91, 2007, pp. 1967-1991.

Congressional Budget Office (CBO), "Financing Long-term Care for the Elderly", URL, 2004, <http://www.cbo.gov/ftpdocs/54xx/doc5400/04-26-LongTermCare.pdf>.

DOHERTY N. ; SINGER H., "The Benefits of a Secondary Market for Life Insurance Policies", document de travail de la Wharton School, 2002.

FINKELSTEIN A. ; MCGARRY K., "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-term Care Insurance Market", *American Economic Review*, n° 96, 2006, pp. 938-958.

GUILLÉN M. ; PINQUET J., "Long-term Care: Risk Description of a Spanish Portfolio and Economic Analysis of the Timing of Insurance Purchase", *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, n° 33, 2008, pp. 659-672.

HENDEL I. ; LIZZERI A., "The Role of Commitment in Dynamic Contracts: Evidence from Life Insurance", *The Quarterly Journal of Economics*, 2003, pp. 299-327.

KESSLER D., "The Long-term Care Insurance Market", *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*, n° 33, 2008, pp. 33-40.

TALEYSON L., "Private Long-term Care Insurance. International Comparisons", *The Geneva Association, Health and Ageing*, n° 8, 2003, pp. 8-11.

# LE DERNIER HOLD-UP DES BABY-BOOMERS ?

*Philippe Trainar*

*Chief Economist Officer, Scor*

**P**our les assureurs, le grand challenge de la prise en charge de la dépendance réside dans la maîtrise des deux risques qui ont été identifiés dans ce type de couverture : l'aléa moral et l'antisélection.

Le risque d'antisélection recouvre le risque que seuls ceux qui sont exposés ou le plus exposés à la dépendance s'assurent, empêchant par là même toute mutualisation de la couverture. Ce risque n'est pas théorique comme l'ont montré de nombreuses études empiriques. Ainsi a-t-on observé que les personnes en bonne santé ont plus de probabilité que les autres de racheter leur contrat. Si l'assureur n'est pas en mesure de maîtriser ce risque, par des contrats viagers par exemple, il va être obligé de relever ses tarifs afin d'équilibrer ses comptes, ce qui ne va faire que renforcer le phénomène d'antisélection. D'où l'importance, pour l'assureur, de maîtriser correctement ce risque.

Le risque d'aléa moral recouvre le risque que les assurés modifient leur comportement dès lors qu'ils sont assurés, notamment qu'ils se sentent plus facilement dépendants. Ce risque est aussi très réel dans la mesure où les frontières de la dépendance ne sont pas nettes. On peut se référer à l'expérience de l'allocation adulte handicapé. Le nombre des bénéficiaires a crû beaucoup plus vite que la population française, jusqu'à atteindre des taux à double chiffre dans les

années 1980 et 1990, alors même que tout indiquait une baisse des handicaps dans notre pays. C'est un signe inquiétant pour la dépendance, car le handicap peut être mesuré de façon plus précise et objective par des analyses médicales et des tests relativement fiables, alors que les frontières de la dépendance ne sont pas définies par des mesures quantitatives. Elles sont donc susceptibles d'évoluer non seulement en fonction de la perception subjective des individus, mais aussi et surtout en fonction de la perception qu'en a la société, perception dont nous savons qu'elle a de fortes chances d'augmenter au cours du temps, tout au moins si l'on prolonge les tendances actuelles. C'est là que réside le plus grand risque dans ce type d'assurance.

Et il semble que ce soit l'erreur commise par les Américains : se lancer, justement, dans l'assurance dépendance, comme on se lance dans l'assurance santé. En assurance santé, une bronchite, une fracture sont des sinistres objectifs, qui se constatent immédiatement. De même, lorsqu'on aborde l'aspect remboursement, en assurance santé, il n'est pas très difficile de contrôler la réalité d'une maladie ou d'un accident. Il peut y avoir des excès, des cas douteux, mais ceux-ci ne mettent pas en péril l'assurance santé. En revanche, en matière de dépendance, étant donné cette frontière incertaine, on a le risque de voir dériver très rapidement les dépenses de remboursement dès

lors que les personnes seraient protégées, comme les assureurs américains en ont fait l'expérience. En fait, le risque santé et le risque dépendance sont des risques très différents à la fois dans leur structure et dans leur mesure.

D'où l'idée que l'on ne peut pas avoir la même approche pour couverture de la dépendance que pour la couverture de la santé. Alors que l'assurance santé relève d'une approche indemnitaire où les dépenses de l'assuré sont remboursées par l'assureur, une approche en termes de rente, une approche forfaitaire, est plus adaptée dans le cas de la dépendance. Cette approche forfaitaire étant basée, naturellement, sur des degrés de dépendance définis grâce aux échelles AVQ (qui mesurent la capacité à effectuer les actes la vie quotidienne, tels que se lever, s'habiller, faire sa toilette, manger, sortir). Certes, l'assureur ne s'adaptera pas totalement à la dépense nécessaire. Mais il évitera une explosion de dépenses dans certains cas inutiles, avec des conséquences financières qui pèseraient sur l'ensemble des assurés. En outre, cette approche n'est pas plafonnée à des niveaux arbitrairement bas, comme l'est l'approche publique du fait de la situation des finances publiques. Elle a été celle des produits français, qui ont connu un grand succès puisqu'on compte aujourd'hui 3 millions de contrats dépendance en France contre 6 millions aux États-Unis pour une population quatre à cinq fois plus nombreuses. Dans un contexte où la France n'a pas la réputation d'être très favorable au marché, on a là une belle illustration de la capacité de notre pays à tirer tous les bénéfices de l'efficacité du marché.

Quelle est la limite à l'offre de marché, aujourd'hui ? Elle est double.

Tout d'abord, il n'y a pas encore eu une véritable prise de conscience, dans la population française, du caractère catastrophique de la dépendance. Car il s'agit bien d'une catastrophe personnelle comme il y a des catastrophes naturelles. Or il ne faut pas attendre la dernière minute pour se couvrir contre ce risque.

Le deuxième obstacle qui modère la progression

de ce marché, c'est tout simplement l'incertitude suscitée par les pouvoirs publics sur la création ou non d'une branche dépendance de la Sécurité sociale. Lorsqu'on propose aux assurés en âge de souscrire un contrat dépendance, leur première réaction est un questionnement : est-il bien nécessaire de souscrire un tel contrat si l'État doit me fournir la même couverture mais gratuitement ou presque, sachant que les jeunes générations paieront l'essentiel de la prestation ? Pourquoi cotiser dès maintenant, alors que demain on bénéficiera peut-être d'une couverture gratuite ? Ce raisonnement vaut d'autant plus pour les personnes atteignant aujourd'hui la soixantaine.

Sur ce sujet, il faut être clair : l'intervention de l'État constitue un vrai risque pour la couverture dépendance. Tout d'abord, elle empêche le développement de ce marché, et agit de ce fait comme une prophétie autoréalisatrice, puisque les intéressés étant désincités de se couvrir par eux-mêmes n'auront d'autre solution plus tard que de se tourner vers l'État. Ensuite, celui-ci étant beaucoup plus mal armé pour s'opposer au risque d'aléa moral que nous avons identifié plus haut, il ne sera pas en mesure de contrôler les dérives de cette couverture dont les coûts ont toutes chances d'exploser : si l'on entre dans la logique d'une sécurité sociale de la dépendance, le plus probable est que l'on se retrouve dans la logique du maximum de dépenses.

Le développement d'une assurance de marché éviterait en outre un problème éthique majeur. Pour utiliser une formule assez brutale, la couverture de la dépendance par la Sécurité sociale constituerait le « dernier hold-up des baby-boomers ». En effet, c'est la dernière prestation que les baby-boomers pourraient recevoir gratuitement ou au prix d'un effort très minimal, eux qui ont déjà reçu, gratuitement ou à crédit remboursable par leurs enfants, un montant impressionnant de prestations. Et si, en plus, la Sécurité sociale ne met aucune condition de reprise sur héritage au versement de sa prestation dépendance, la solidarité sera implicitement appelée à financer la transmission d'héritages, la plus grande aubaine que l'on puisse imaginer.

Ajoutons que l'assurance dépendance par le marché, en définissant clairement les conditions d'un contrat, se révèle d'une neutralité beaucoup plus grande vis-à-vis des structures sociales et du rôle de l'entourage par rapport à la personne dépendante. À l'inverse, l'offre d'une prestation dépendance par la puissance publique, sans contribution préalable significative des intéressés, rend la solution de la prise en charge par la société systématiquement plus avantageuse, Pareto-optimale, par rapport à la présence de la famille auprès de la personne dépendante. Elle contribue donc à la destruction du lien social, dont on sait pourtant qu'il joue un rôle fondamental dans

la capacité de survie des personnes âgées. Or, la couverture optimale de la dépendance n'est pas celle qui définit dans quelle mesure les enfants prennent en charge leurs parents, mais celle qui, à l'inverse, s'adapte à la diaprure des comportements familiaux...

Dernier point : si on veut développer le marché, il faut bien évidemment encourager les intéressés à souscrire des contrats d'assurance dépendance. Faut-il les y inciter fiscalement? Probablement oui, car les agents ont structurellement tendance à sous-estimer les risques lointains, comme l'a montré le Prix Nobel Kahneman.

# CONCLUSION

Alain Trognon

*Directeur de l'enseignement supérieur et de la recherche à l'Insee*

**P**our conclure ce premier colloque de la chaire « Risques et chances de la transition démographique », je veux en premier lieu remercier Jean-Hervé Lorenzi qui nous a tendu la main pour construire cette chaire commune à l'université de Paris-Dauphine et à l'Ensaë avec le soutien effectif et matériel du groupe Malakoff Médéric et de la CNP.

Si c'est le sujet de la dépendance qui nous a réunis aujourd'hui, la chaire couvre le vaste champ du vieillissement des populations développées avec toutes ses conséquences.

J'ai souhaité, avec l'accord de Jean-Hervé, que cette chaire ne réunisse pas uniquement des acteurs académiques et des acteurs économiques mais qu'elle s'ouvre à la statistique publique pour son analyse officielle et sa mission d'observation de la société. Ce séminaire a montré l'apport original des travaux de l'Insee et du système statistique public sur le problème de dépendance et des liens sociétaux qui s'y rapportent.

Ce colloque a aussi montré que certains travaux ont été initiés il y a de nombreuses années dans d'autres pays. Ils restent néanmoins des travaux de référence repris à juste titre dans le colloque. Ceci me permet d'insister à nouveau sur l'importance de l'accumulation en premier lieu des observations pertinentes et en second lieu des études et publications. C'est un moyen de rapprocher le temps court des décideurs du

temps long de l'étude et la recherche. Les universitaires américains ont su développer depuis de longues années cette culture de l'évaluation des politiques socioéconomiques qui repose aujourd'hui sur un ensemble riche d'observations et d'études. Modestement, notre chaire peut contribuer à s'engager dans cette direction.

L'accumulation des connaissances n'existe pas sans accumulation d'expériences et d'observations. Les enquêtes HID et Share ont souvent été à la base des travaux présentés aujourd'hui ; leur pérennité et leur pertinence s'inscrivent dans cette perspective d'accumulation. Ces enquêtes périodiques et ces panels sont à l'évidence indispensables ; ils appellent des financements et des soutiens afin de ne pas rompre les savoir-faire accumulés. Les éléments de suivi et de tableaux de bord ne pourront exister que par la mise en œuvre de telles enquêtes porteuses des concepts et des catégories définies par les diverses communautés concernées.

Ce colloque illustre le besoin de réunir ces communautés : ce sont d'abord des médecins qui ont apporté leurs contributions et leurs espoirs, puis des statisticiens et des économistes ont quantifié et généralisé les données, enfin des professionnels de l'assurance ont apporté leurs outils de prévoyance et de financement mutuels. C'est cette interdisciplinarité qui est un élément fort de la chaire à qui l'on souhaite succès et prospérité pour son mandat de cinq ans !

# 3.

## Études et livres

---

■ Laurent Poulet

*Transaction et référé en matière d'accidents de la circulation*

■ Gérard Valin

*L'expertise indépendante face aux nouveaux risques de marché*

### Livres

Pierre Martin

*Deux siècles d'assurance mutuelle. Le groupe Azur*  
par Alain Combes

André Babeau

*Richesses du monde*  
par Christian de Perthuis

Collectif

*L'Année des professions financières 2009*  
*Centre des professions financières*  
par Régis de Larouillère

Michèle Bernard-Royer

*L'investissement socialement responsable : vers une nouvelle éthique*  
par Carlos Pardo

# Transaction et référé en matière d'accidents de la circulation

*Laurent Poulet*

*Maître de conférences à l'Université Panthéon-Assas*

**P**lus de vingt-deux ans après le vote de la loi du 5 juillet 1985, qui a notamment institué une procédure d'indemnisation amiable en matière d'accidents de la circulation, la jurisprudence continue de préciser son régime.

La cour d'appel d'Aix-en-Provence, en adoptant des solutions innovantes, participe activement à cette entreprise. C'est cette juridiction qui avait rendu, le 14 avril 2004<sup>1</sup>, un arrêt remarqué par lequel elle avait considéré que des conventions, faute de concessions réciproques, n'étaient pas des transactions mais de simples versements de provisions. Cet arrêt a ensuite été cassé<sup>2</sup>. C'est également la cour d'Aix-en-Provence qui a rendu l'arrêt frappé d'un pourvoi que la cour de cassation a rejeté dans l'arrêt ici commenté et présenté en annexe.

La loi de 1985 a favorisé le règlement amiable des litiges en matière d'accidents de la circulation. Elle a imposé à l'assureur qui garantit la responsabilité civile du fait d'un véhicule terrestre à moteur de présenter une offre d'indemnisation

amiable à la victime qui a subi une atteinte à sa personne, dans un délai de huit mois après l'accident. Cette obligation figure aujourd'hui à l'article L. 211-9 du code des assurances<sup>3</sup>. L'accord susceptible d'être conclu par les parties est qualifié de transaction<sup>4</sup>.

La faveur du législateur pour le règlement amiable des litiges en la matière s'explique par plusieurs raisons. La principale d'entre elles est la volonté d'accélérer le règlement de ces litiges – objectif affiché de la loi de 1985<sup>5</sup>. Il semble en effet que, avant le vote de la loi, les victimes se plaignaient davantage de la lenteur de leur indemnisation que de leur faiblesse<sup>6</sup>.

Peu de temps après le vote de la loi, certaines victimes ont tenté d'obtenir, en référé, le versement d'une provision. Aucune des dispositions de la loi de 1985 ne concernant la faculté pour les victimes de recourir à la procédure du référé-provision, la jurisprudence a dû se prononcer sur ce point. Après quelques hésitations,

elle a admis que des victimes obtiennent en référé le versement d'une provision<sup>7</sup>. L'initiative de la victime ne dispense pas pour autant l'assureur de lui présenter une offre d'indemnisation amiable<sup>8</sup>. Ces principes sont aujourd'hui acquis.

Dans l'arrêt ici commenté, la victime d'un accident de la circulation avait saisi le juge des référés afin d'obtenir le versement d'une provision. Elle avait obtenu satisfaction tant en première instance qu'en appel. La société d'assurances garantissant la responsabilité civile du fait du véhicule impliqué a saisi la cour de cassation qui a rejeté son pourvoi.

À première vue, l'arrêt rendu par la deuxième chambre civile de la cour de cassation le 7 février 2008 ne présente pas d'intérêt particulier. La haute juridiction se retranche en effet derrière le pouvoir souverain des juges du fond pour rejeter le pourvoi. Il s'agirait donc d'un simple arrêt d'espèce qui ne ferait que confirmer la possibilité pour la victime d'utiliser la procédure du

référé-provision<sup>9</sup>. L'absence de publication de l'arrêt au bulletin conforte l'idée qu'il serait dénué de portée. Cet arrêt ne mériterait donc pas de retenir l'attention, ce qui expliquerait que la doctrine ne l'ait pas commenté. Cependant, son examen attentif permet de remettre en cause cette première impression. L'intérêt de cette affaire réside dans le fait que le juge des référés a condamné l'assureur à verser à la victime une provision strictement égale au montant de l'offre d'indemnisation qui lui avait auparavant été présentée ; le juge des référés a estimé que le montant de cette offre devait être analysé comme une obligation qui n'était pas sérieusement contestable au sens de l'article 809 du CPC.

La solution consacrée par la cour de cassation est critiquable. Elle repose sur le fondement discutable selon lequel le montant de l'offre d'indemnisation correspondrait à une obligation qui ne serait pas sérieusement contestable. En outre, elle risque de produire des effets pervers.

## ■ Un fondement discutable

Le juge des référés du tribunal de grande instance de Marseille, dans son ordonnance du 25 novembre 2005, a affirmé : « *la provision réclamée par [la victime], d'un montant exactement équivalent à la proposition formulée par la compagnie [d'assurances] et qui est donc exempte de*

*toute contestation, doit lui être allouée* ». Ces motifs ont été adoptés par la cour d'appel d'Aix-en-Provence, dans l'arrêt attaqué par le pourvoi. C'est ainsi que la cour a condamné la société d'assurances à verser à la victime une somme de 10 300 euros, correspondant au montant de l'offre d'indemnisation (13 800 euros), de laquelle la cour a déduit une provision (3 500 euros), déjà versée à la victime.

Le raisonnement tenu tant par la cour d'appel que par le juge des référés du tribunal de Marseille n'est pas à l'abri de toute critique : contrairement à ce qu'ils ont jugé, l'offre présentée par l'assureur ne correspond pas nécessairement à une obligation qui ne serait pas sérieusement contestable. En effet, une société d'assurances peut présenter à la victime d'un accident de la circulation une offre d'indemnisation amiable alors même qu'elle n'est pas certaine de devoir garantir le sinistre. Tel peut par exemple être le cas lorsqu'une compagnie oppose au conducteur victime sa propre faute. L'article 4 de la loi de 1985 dispose que la faute commise par le conducteur a pour effet de limiter ou d'exclure son indemnisation, et l'assureur peut parfois se demander si la gravité de la faute du conducteur victime doit conduire à limiter ou, plus radicalement, à exclure son indemnisation. L'assureur se trouve alors dans une situation délicate.

Il peut refuser de présenter à la victime une offre d'indemnisation amiable. Cependant, ce choix est

dangereux pour l'assureur : si un juge est saisi et qu'il estime que la garantie de l'assureur était engagée, celui-ci risque d'être ensuite condamné sur le fondement de l'article L. 211-13 du code des assurances qui sanctionne l'assureur qui n'a pas présenté d'offre dans le délai imparti par l'article L. 211-9. Le montant de l'indemnité allouée par le juge produit alors intérêt de plein droit au double du taux de l'intérêt légal à compter de l'expiration du délai jusqu'au jour du jugement devenu définitif. La crainte de cette sanction explique qu'un assureur puisse prendre le parti de présenter une offre d'indemnisation amiable, même s'il n'est pas certain d'être tenu de garantir la victime. C'est cette constatation qui avait conduit une société d'assurances à soutenir que la procédure instituée par la loi de 1985 méconnaissait le droit d'accès à un tribunal consacré par l'article 6§1 de la Convention européenne des droits de l'homme : la menace que constitue l'article L. 211-13 empêcherait la renonciation au droit d'accès à un tribunal d'être totalement libre. Ce raisonnement n'avait pas été accueilli par la cour de cassation<sup>10</sup>.

Dans l'arrêt attaqué, la cour d'appel d'Aix-en-Provence semble avoir négligé que l'offre d'indemnisation constituait l'exécution d'une obligation légale et non une reconnaissance spontanée de responsabilité.

Par ailleurs, l'évaluation d'un dommage corporel peut se révéler très délicate. Certes, l'assureur est

susceptible de présenter une offre d'indemnisation inférieure au montant du préjudice subi par la victime. À dire vrai, le discours dominant consiste à affirmer que les assureurs présenteraient généralement des offres qui ne permettraient pas d'indemniser l'intégralité du préjudice subi par la victime<sup>11</sup>. Mais il n'est pas pour autant impossible qu'un assureur, mal informé, présente une offre supérieure à la mesure du préjudice véritablement subi par la victime.

Ainsi, contrairement à ce qu'a jugé la cour d'appel d'Aix-en-Provence dans l'arrêt attaqué, même si un assureur a présenté à la victime d'un accident de la circulation une offre d'indemnisation amiable, son obligation peut être contestable tant dans son existence que dans son étendue.

## ■ Des effets pervers

La solution consacrée par la cour d'appel d'Aix-en-Provence, que ne condamne pas la cour de cassation, va dans le sens de la protection des victimes. C'est là un objectif qu'il est difficile de condamner radicalement, surtout à une époque qui se caractérise par l'attention croissante qui leur est accordée. On observera que, dans son arrêt précité du 14 avril 2004<sup>12</sup>, la cour d'Aix-en-Provence avait déjà cherché à protéger les victimes. En dépit du caractère louable de l'objectif poursuivi, il est possible d'ajouter quelques observations critiques relatives à la

solution consacrée par la cour de cassation dans son arrêt du 7 février 2008. On peut en effet craindre que cette solution ne présente des effets pervers.

À notre connaissance, l'arrêt rendu par la cour d'appel d'Aix-en-Provence est assez isolé<sup>13</sup>. Si tel devait demeurer le cas, les effets du rejet du pourvoi devraient être limités. Cependant, il est possible que l'arrêt rendu par la cour de cassation incite d'autres victimes d'accidents de la circulation à saisir le juge des référés afin d'obtenir des provisions égales au montant des offres qui leur auront été présentées – et qu'elles obtiennent satisfaction. Si tel devait être le cas, la solution consacrée montrerait tous ses effets pervers.

L'allocation d'une provision égale au montant de l'offre présentée par l'assureur présente de tels effets au regard des objectifs poursuivis par la loi de 1985.

La solution consacrée risque, en premier lieu, d'inciter les victimes d'accidents de la circulation à saisir le juge des référés une fois qu'elles auront reçu une offre d'indemnisation amiable de l'assureur. En effet, soit la victime accepte l'offre et elle est certaine de recevoir un paiement dans un délai d'un mois et demi<sup>14</sup>, mais renonce alors à recevoir une indemnisation plus importante : l'autorité de la chose jugée de la transaction y fait obstacle. Soit la victime opte pour la voie judiciaire qui lui permet d'espérer une

indemnisation supérieure, tout en recevant rapidement le montant de l'offre présentée par l'assureur, dans le cadre d'un référé-provision. C'est dire que les victimes d'accidents n'ont plus aujourd'hui intérêt à accepter les offres qui leur sont proposées : l'offre devient un minimum que la victime est pratiquement certaine de toucher<sup>14</sup>. Tel n'était pas le cas auparavant car, lorsque la victime refusait l'offre qui lui était faite, elle ne pouvait pas être certaine que le juge lui allouerait une indemnité supérieure ou égale à son montant.

Il existe là un certain paradoxe : alors même que la loi de 1985 visait à favoriser le règlement amiable des litiges, la solution consacrée risque de conduire les victimes à saisir le juge.

La solution consacrée a également des incidences pour l'assureur. Celui-ci pouvait auparavant présenter une offre importante à la victime afin de l'inciter à transiger. Mais la situation est aujourd'hui différente. On a vu que la voie du référé-provision permettait dorénavant à la victime de recevoir le montant de l'offre qui lui avait été présentée, sans pour autant transiger. Par conséquent, anticipant un futur refus de la victime de transiger, l'assureur peut être incité à limiter le montant de son offre : il limitera ainsi le montant de la provision qu'il sera condamné à verser à la victime. De ce point de vue, la solution consacrée risque de conduire à méconnaître l'un des objectifs de la

loi de 1985 : l'amélioration de la situation des victimes. Certes, il est possible d'objecter qu'en limitant le montant de son offre, la société d'assurances s'expose à la sanction prévue par l'article L. 211-14 du code des assurances en cas d'offre manifestement insuffisante. Mais ce type de sanction est très rarement prononcé et l'assureur peut se montrer suffisamment habile pour limiter le montant de son offre, sans que celle-ci devienne pour autant manifestement insuffisante.

Cependant, s'agissant des victimes qui ignorent l'efficacité de la procédure du référé-provision – que l'on peut imaginer assez nombreuses –, les sociétés d'assurances ont intérêt à présenter des offres importantes afin de les inciter à transiger et d'éviter ainsi d'être ensuite condamnées à verser des indemnités plus importantes.

Nous avons souligné le caractère inopportun de la solution consacrée par l'arrêt du 7 février 2008. De ce point de vue, peut-être aurait-il été préférable de ne pas le sortir de l'ombre en le commentant – et en risquant ainsi de le porter à la connaissance de tous. Mais ce n'est pas là une raison suffisante pour renoncer à le critiquer.

#### Notes

1. C.A. Aix-en-Provence, 14 avril 2004, Risques, juin 2004, p. 127 note G. Durry ; D. 2004, p. 2959 note C. Bloch.

2. Civ. 2, 16 novembre 2006, Bull. civ. II

n° 320, JCP 2007, II, 10032 note L. Mayaux, D. 2007, p. 1688, Gaz. Pal. 14-15 mars 2007 note D. Sardin, L. Poulet, « Précisions sur l'accord d'indemnisation amiable conclu en matière d'accidents de la circulation », Revue générale du droit des assurances, 2007.

3. La loi du 1er août 2003 a modifié l'article L. 211-9 en imposant à l'assureur, lorsque la victime présente une demande d'indemnisation, de lui présenter une offre d'indemnité motivée dans le délai de trois mois à compter de la demande d'indemnisation.

4. Civ. 2, 16 novembre 2006 (arrêt précité).

5. Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 « tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation ».

6. Voir sur ce point J. Bigot, « La loi du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accident de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, présentation générale », in Indemnisation des victimes d'accidents de la circulation, (Loi du 5 juillet 1985, LGDJ, 1985, p. 9.

7. Civ. 2, 16 mai 1988, Bull. civ. II n° 115. Sur cette question, voir également L. Poulet, Transaction et protection des parties, LGDJ, Bibliothèque de droit privé, tome 452, n° 589, 2005.

8. Civ. 1, 20 janvier 1993, Bull. civ. I n° 20.

9. Récemment, saisie d'un moyen similaire à celui qui avait été présenté dans l'arrêt du 7 février 2008, la cour de cassation a rendu une décision de non admission (Civ. 2, 2 octobre 2008, pourvoi n° S 07-19156), ce qui pourrait également laisser penser que le

problème posé ne présentait pas de véritable intérêt.

10. Civ. 2, 9 octobre 2003, Bull. civ. II n° 292, D. 2004, p. 371.

11. Des auteurs ont constaté que, toutes choses égales par ailleurs, le montant d'une offre d'indemnisation amiable faite à la victime d'un accident de la circulation était généralement inférieure au montant que celle-ci pourrait obtenir au terme d'une procédure juridictionnelle. Sur cette question, voir M. Quenillet-Bourrié, « L'évaluation monétaire du préjudice corporel : pratique judiciaire et données transactionnelles », JCP 1995, I, 3818.

12. Voir supra n° 1.

13. Le 3 avril 2007, la cour d'appel d'Aix-en-Provence a rendu un autre arrêt consacrant la même solution, arrêt frappé d'un pourvoi qui a été déclaré non admis le 2 octobre 2008 (voir supra n° 4). Pour sa part, le juge des référés du tribunal de grande instance de Paris, par des ordonnances des 20 juin et 7 novembre 2005, a refusé de faire droit à des demandes analogues.

14. Par combinaison des articles L. 211-16 et L. 211-17 du code des assurances.

15. On objectera peut-être que l'ordonnance de référé n'a pas l'autorité de la chose jugée au principal de sorte que le juge du fond peut allouer à la victime une somme inférieure à celle obtenue par provision. Cependant, un tel cas de figure ne se présente sans doute que très rarement en pratique, de sorte que la victime ne prend pas de véritable risque en saisissant le juge du fond après avoir obtenu le versement d'une provision. On peut d'ailleurs se demander quelle serait la valeur d'une acceptation tardive par la victime de l'offre initialement présentée

*par l'assureur, acceptation intervenant après qu'a été rendu un jugement accordant une indemnité inférieure au montant de cette offre. Il conviendrait sans doute de considérer que l'offre est devenue caduque – faute de quoi les victimes ne prendraient plus aucun risque en saisissant le juge. On voit là apparaître une autre difficulté soulevée par la solution consacrée par la cour de cassation.*

## Annexe

### **RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

#### **AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

LA COUR DE CASSATION,  
DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE,  
a rendu l'arrêt suivant :

Sur le moyen unique, tel que reproduit en annexe :

Attendu, selon l'arrêt confirmatif atta-

qué (Aix-en-Provence, 12 décembre 2006), que M. X... a été blessé dans un accident de la circulation impliquant le véhicule conduit par M. Y..., assuré par la société Axa France IARD (l'assureur) ; qu'après expertise médicale amiable et versement d'une provision de 3 500 euros, l'assureur a proposé à la victime une offre d'indemnisation définitive de 13 800 euros dont à déduire le montant de la provision ; que M. X..., refusant cette offre, a assigné l'assureur en référé aux fins de paiement d'une indemnité provisionnelle de 13 800 euros dont à déduire le montant de la provision ;

Attendu que l'assureur fait grief à l'arrêt de l'avoir condamné à verser à M. X... une provision de 10 300 euros à valoir sur l'indemnisation de son préjudice ;

Mais attendu que sous le couvert du grief non fondé de violation des articles 809, alinéa 2, du code de procédure civile et L. 211-9 du code des assurances, le moyen ne tend qu'à remettre en discussion devant la cour de cassation

l'appréciation souveraine de la valeur et de la portée des éléments de preuve par la cour d'appel, qui, retenant ensemble, d'une part, l'importance des préjudices indemnisables au vu des résultats non critiqués de l'expertise médicale, d'autre part, le montant de l'offre définitive d'indemnisation exigée de l'assureur par l'article L. 211-9 du code des assurances, a pu en déduire la somme non sérieusement contestable représentant la provision à valoir sur la créance d'indemnisation ;

D'où il suit que le moyen ne peut qu'être rejeté ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne la société Axa France aux dépens ;

Ainsi fait et jugé par la cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du sept février deux mille huit.

# L'expertise indépendante face aux nouveaux risques de marché

*Gérard Valin*

*Président de l'Andefi*

## ■ Un concept ancien mais des pratiques nouvelles en France

L'expertise indépendante a obtenu sa reconnaissance officielle en France en 2006 ; elle était cependant couramment pratiquée dans les pays anglo-saxons depuis la décennie 1980. Elle faisait aussi partie, dans notre pays, de certaines missions particulières confiées aux commissaires aux comptes qui appliquaient une norme professionnelle spécifique en cas de retrait obligatoire, par exemple (norme professionnelle 7-105). Les interventions des experts indépendants visent à éliminer les effets pervers de conflits d'intérêts potentiels à l'occasion d'opérations stratégiques de sociétés cotées. Leur contribution concerne principalement la valorisation des entités concernées, en particulier à l'égard d'actionnaires minoritaires, selon conditions financières de chaque opération.

Aujourd'hui, l'expertise indépendante repose, dans la plupart des pays disposant de Bourses importantes de valeur, sur trois piliers principaux.

Il s'agit d'abord de sauvegarder l'indépendance de l'expert évaluateur à l'égard de l'ensemble des parties prenantes et

de leurs divers conseils. Cette démarche se situe dans le sillage des efforts en faveur de la démocratie actionnariale et de la séparation des pouvoirs. Une autre forme d'indépendance avait déjà été requise à l'égard de certains administrateurs dans le contexte d'une gouvernance modernisée des sociétés cotées, et ceci depuis plus de trente ans au Royaume-Uni (*Non Executive Directors*).

L'indépendance propre aux analystes financiers, à l'occasion d'importantes opérations financières, a quant à elle fait l'objet d'une recommandation spécifique de l'AMF du 18 mai 2007 : celle-ci accompagnait des évolutions significatives du règlement général en la matière.

D'autre part, la valorisation effectuée par l'expert financier indépendant doit reposer sur des compétences et pratiques reconnues ; elle implique des connaissances spécifiques des zones géographiques, des environnements financiers et des activités spécialisées propres aux opérations concernées.

Enfin, l'expert indépendant fournit, au terme de ses diligences et de son rapport, une « attestation d'équité », parfois qualifiée d'« opinion » ou d'« avis », à l'issue d'un rapport public, en vue d'assurer l'égalité générale de traitements de toutes les parties prenantes.

L'émergence récente de l'expertise indépendante en France et, plus généralement, en Europe, tient aujourd'hui à trois facteurs de risques globaux relevant des formes modernes de communication, de la variété des mandats de gestion liés à des stratégies d'investissement spécifiques, ainsi que de l'insuffisance des moyens de contrôle transnationaux, dans le contexte actuel de crise généralisée sur un plan économique et financier.

Il s'agit d'abord de neutraliser un risque de communication biaisée dans des environnements juridiques particulièrement complexes. La plupart des théories financières reposent, en effet, sur l'égalité et l'instantanéité d'une information supposée complète auprès de toutes les parties prenantes. C'est ainsi que l'« efficacité » des marchés constitue l'hypothèse de base des principaux modèles d'évaluation, tels que le Medaf et ses successeurs plus élaborés. Sur un plan juridique et pénal, les défauts d'information peuvent prendre la forme de délits d'initié conduisant à des abus de majorité, abus de marché, voire diffusion d'informations mensongères. La complexité des instruments financiers visés constitue un autre facteur de risque en matière de communication. La plupart des sociétés cotées, en effet,

ont recours à des modalités de financement requérant l'usage d'obligations convertibles, OBSA,ORA, Oceane, Ormane, stock-options, bons de souscription d'actions, etc. relevant de l'art. L 211-2 du code monétaire et financier. Les actions des sociétés (éventuellement de préférence, à dividendes prioritaires) peuvent être détenues ou prêtées, démembrées ou non au profit de catégories d'investisseurs très différents supposés « qualifiés » ou non, « résidents » ou non. Enfin, la transnationalisation des opérations financières conduit à utiliser de nombreuses places de cotation répondant à des habitudes de placement et d'informations peu coordonnées imposant des règles de communication différenciées.

Il faut ensuite tenir compte des risques associés aux objectifs d'investissements des multiples parties prenantes des marchés financiers qui ne cessent de se diversifier. À l'opposition traditionnelle entre actionnaires majoritaires ou minoritaires, qualifiés ou non, salariés ou non, obligataires ou non, institutionnels ou non, fonds de pension et divers fonds d'investissement investis à plus ou moins long terme, fonds spéculatifs, entre autres, s'ajoutent de nouvelles catégories d'intervenants tels que les fonds souverains, les investissements socialement responsables, les placements respectant la charia islamique, les tenants de l'activisme actionnarial... Il n'est pas certain que les taux de rotation des portefeuilles qui, d'une façon générale, se sont fortement accélérés au cours des dernières décennies, reflètent fidèlement les objectifs des différents mandataires financiers. Dans certains cas, l'horizon de placement aurait plutôt tendance à s'allonger, comme par

exemple pour les fonds de pension, ainsi que pour divers investisseurs finaux, comme les assureurs.

Enfin, l'insuffisance des moyens de contrôle transnationaux des activités boursières constitue le troisième et, sans doute, le plus visible des facteurs actuels de risque. Aux pôles traditionnels des Bourses anglo-saxonnes, de l'Europe continentale, du Japon et des zones asiatiques, réunies ou non en entreprises de marché (de type Euronext), se sont ajoutés les pays émergents, tels les BRIC (Brésil, Russie, Inde et Chine) et les Bourses à environnements islamiques.

Les deux grands langages comptables transnationaux « US Gaap » et « IFRS », éléments décisifs de la concertation globale en matière financière, doivent compter avec la rémanence de systèmes comptables nationaux bien vivaces comme en Grande-Bretagne, en France ou en Allemagne par exemple. Les superstructures, telles le Forum de stabilité financière, l'OICV ou l'IFA, ou encore l'IVSB (*International Valuation Standards Board*) constituent, aujourd'hui encore, davantage des ensembles en phase avec certains groupements politiques de type G7 ou G20, plutôt que des plates-formes de concertation globale ; ces derniers réagissent de façon instantanée – et largement mimétique – à l'occasion des séismes économiques et financiers actuels. Depuis 2001, le CESR (Committee of European Securities Regulators) joue dans ce contexte un rôle très positif, appelé vraisemblablement à se développer de façon décisive dans les prochaines années, sur la base de nouvelles avancées de la gouvernance d'entreprise et de la science financière.

## ■ Des principes français ambitieux soumis à l'épreuve des faits

L'AMF s'est, en partie seulement, inspirée des exemples étrangers déjà existants, avant de soumettre ses projets de réglementation pour l'expertise indépendante. C'est ainsi qu'aux États-Unis le formalisme de l'expertise indépendante a suscité une abondante jurisprudence issue du cas « Van Gorkom/Transunion » devant la cour du Delaware en 1985. Les fourchettes d'évaluation fournies à l'occasion d'une expertise indépendante font assez souvent figure de réassurance au profit des mandataires sociaux nord-américains, qui acceptent, bon gré, mal gré, de payer la « cotisation » correspondante. Face aux nombreuses critiques, notamment d'origine académique, la NASD a émis récemment de nouvelles prescriptions (Rule 2290). À l'inverse, en Grande-Bretagne, la doctrine du FSA en matière de conflits d'intérêts repose sur un concept beaucoup plus large, lui-même tributaire de la notion générale d'indépendance qui s'applique dans le contexte d'une gouvernance modernisée d'entreprise ; celle-ci a trouvé à s'appliquer au fonctionnement habituel des conseils d'administration (via notamment les *Non Executive Directors*). La jurisprudence Maxwell avait, en son temps, joué un rôle considérable, amenant notamment à modifier profondément le Pension Act en 1995, en rétablissant le principe de répartition des pouvoirs, au sens large (*Balance of power*).

Les orientations générales fournies par l'AMF portent sur de nombreux

aspects des pratiques souhaitables telles qu'elles doivent être désormais respectées par tout expert indépendant établissant une attestation d'équité. C'est ainsi que l'AMF a été amenée à préciser les modalités de l'évaluation multicritère en insistant notamment sur les déterminants de la valeur intrinsèque (flux de trésorerie ou de dividendes actualisés en fonction d'une prime de risque) d'une part, et des méthodes analogiques (comparables boursiers et transactions récentes) d'autre part. Les références d'évaluation sont précisées : valeurs comptables des actifs, cours de Bourse, opérations significatives en capital, cours-cible des analystes. S'il n'y a pas d'innovations particulières en matière de méthodologie, de nombreux points techniques sont précisés concernant notamment les taux d'actualisation à retenir, les échantillons de sociétés comparables ou encore les modalités de prévisions à fournir par les sociétés concernées. Les évaluations réalisées par les experts indépendants devront être susceptibles de contrôle de qualité, comme l'avait suggéré le rapport Naulot (par des « comités d'attestation d'équité » dès lors qu'elles sont réalisées par des PSI, prestataires de services d'investissement). Pour permettre à des personnalités indépendantes de réaliser ce type d'expertise, des associations seront reconnues par l'AMF et devront disposer d'un code de déontologie spécifique accessible au public. Ces experts indépendants devront disposer d'une assurance de responsabilité civile professionnelle et avoir accès à des bases de données financières internationales. Leur rémunération sera fixe et ne pourra en aucun cas dépendre de la nature de leurs conclusions. Enfin, ils disposeront d'un délai minimum

de vingt jours pour effectuer leurs diligences. L'ensemble des travaux de l'expert indépendant sont réalisés, selon la recommandation de l'AMF, en appliquant certains principes de base : examen critique, transparence, cohérence et pertinence.

Selon la doctrine actuelle de l'AMF, l'expertise indépendante est requise en cas d'opérations de haut de bilan, telles que OPA, OPE, OPR, et concerne notamment les retraits définitifs de la cote. L'ensemble des dispositifs prévus se situe dans le contexte de la transposition de la récente directive OPA devenue loi du 31 mars 2006 en France ainsi que des retraits obligatoires déjà organisés par la loi du 23 décembre 1993. Ces dispositions doivent être interprétées à la lumière des recommandations de l'AMF visant les clôtures annuelles des comptes d'une part, et de l'ensemble des processus – nationaux ou transnationaux – relatifs aux opérations publiques de marché d'autre part.

Aujourd'hui, la prévention des conflits d'intérêts, via l'expertise indépendante, repose en France sur six cas stipulés par le règlement général de l'AMF (art. 261-1).

L'ordonnance du 13 juin 2008 a modifié la rédaction de l'article L.211-1 du code monétaire et financier en répartissant les instruments financiers en cinq catégories : les actions et autres titres transmissibles donnant accès au capital et aux droits de vote des sociétés ; les divers titres de créance (autres qu'effets de commerce et bons de caisse, mais y compris les droits sur fonds de titrisation) transmissibles ; les parts ou actions

d'organismes de placements collectifs (de type OPCVM : sicav, FCP) ; les instruments financiers à terme définis par la voie réglementaire ; ainsi que les divers instruments « équivalents » de droit étranger. Le même article précise que les trois premières catégories sont émises par les personnes morales, les fonds communs de placement (y compris immobiliers) et fonds communs de créances.

Par ailleurs, le retrait obligatoire de la cote (article 261-2) impose à la société visée le recours à l'expertise indépendante, sous réserve des dispositions de l'article 237-16. Ce dernier article fait partie du chapitre 6 du livre 2 du RG AMF consacré au retrait obligatoire, et précise les procédures à respecter en la matière, y compris en matière d'évaluation.

Enfin, tout émetteur (article 261-2) qui réalise une augmentation de capital réservée avec une décote par rapport au cours de Bourse supérieure à la décote maximale autorisée en cas d'augmentation de capital sans droit préférentiel de souscription et conférant à un actionnaire, agissant seul ou de concert au sens de l'article L. 233-10 du code de commerce, le contrôle de l'émetteur au sens de l'article L. 233-3 dudit code, désigne un expert indépendant.

Il n'est pas superflu de noter que tout émetteur ou initiateur d'une offre publique d'acquisition peut, par ailleurs, désigner un expert indépendant (article 261-3).

Lorsque l'expertise indépendante est réalisée par un PSI, il va de soi que la

directive MIF (marché des instruments financiers) doit être prise en compte au regard de la prévention des conflits d'intérêts. Entrée en vigueur fin 2007, en France, à la suite de la publication des décrets et de l'arrêté du 15 mai 2007 portant homologation des modifications du règlement général AMF, cette directive (articles 13 et 18 de la directive cadre, et 21 à 25 de la directive d'application) vise à détecter, gérer et neutraliser les effets pervers des conflits d'intérêts en cas d'activités multiples des PSI via :

- l'obligation d'information des clients concernés ;
- la détection préventive à partir de critères objectifs ;
- la tenue d'un registre des conflits d'intérêts pour les risques sensibles ;
- et, d'une façon générale, la mise en œuvre d'une politique de gestion des conflits d'intérêts adaptée au cas particulier de chaque PSI.

Il n'existe donc pas aujourd'hui de définition juridique du conflit d'intérêts donnée a priori, du fait de l'expertise indépendante, mais plutôt une responsabilité de principe laissée aux mandataires sociaux des parties concernées, en vue de l'amélioration de la gouvernance à l'occasion des principales opérations de haut de bilan susceptibles de provoquer un changement de contrôle actionnarial. Les mandataires sociaux sont invités à exercer pleinement leurs diligences en nommant l'expert indépendant le plus en amont possible, en veillant aux informations fournies et en validant le plan d'affaires établi par la direction. Les actionnaires et mandataires sociaux concernés sont principalement ceux de la société cible en cas d'OPA, OPE ou OPR, mais le principe général

de l'égalité des actionnaires suppose que diverses parties prenantes telles que les salariés peuvent (doivent ?) être également prises en compte dès lors qu'il s'agit d'actionnaires minoritaires, par exemple du fait de la détention d'actions par les FCPE. On ne saurait trop insister sur l'importance de la jurisprudence en cette matière fortement évolutive, dont le cadre général est appelé à se développer à la lumière des expériences vécues sur les divers marchés financiers mondiaux. En France, les travaux importants de Dominique Schmidt sur ce sujet fournissent de précieuses indications. Il est vraisemblable que le vaste domaine des « conventions réglementées » s'élargira à l'avenir, fournissant des bases dont l'objectivité devrait s'avérer de moins en moins contestable.

## ■ Des pratiques en voie de « normalisation réglementaire »

Des pratiques récentes de l'expertise indépendante sont en voie de « normalisation réglementaire » en France sur la base de la perception traditionnelle des risques.

Le contexte général de remise en cause des valeurs d'entreprise était sans doute inéluctable. Fin 2007, pour les seules sociétés du CAC 40, les *goodwills* cumulés dépassaient 500 milliards d'euros. Une étude de Ernst & Young réalisée fin 2007 tendait à montrer que plus de 63 % de la valeur boursière des sociétés était représentée par des actifs immatériels, sur la base d'un échantillon de 101 entreprises européennes. La valeur combinée de l'immatériel de ces

101 sociétés représentait 3 500 milliards d'euros. Cependant, du fait des normes comptables internationales, 34 % seulement de ces actifs immatériels figuraient à leurs bilans. En pourcentage de la valeur globale de la société, la part de l'immatériel varie considérablement d'un secteur à l'autre (plus de 80 % pour le tabac, le luxe et l'alcool, les médias et loisirs, la pharmacie, mais 14 % seulement pour l'automobile). La prime de risque sur actions se situe aux environs de 10 % fin 2008. Quant à la volatilité, elle oscille à des niveaux exceptionnels au plan international, se situant entre 40 % et 75 % sur la plupart des marchés « actions ». Enfin, les PER moyens en France sont de l'ordre de 8 sur résultats 2008 et 9 sur résultats 2009, pour un rendement immédiat des dividendes de l'ordre de 6 %. Ces divers paramètres de calcul, du fait même de leurs niveaux inhabituels, ne remettent pas nécessairement en cause les méthodologies traditionnelles d'évaluation... pas davantage que les valeurs propre à l'économie de la connaissance, à supposer qu'elles soient durables ! Les recours théoriques aux mouvements browniens géométriques, à l'universalisation de la courbe de Gauss, ou à la (dis)continuité du temps apparaissent brutalement comme des hypothèses hardies, pour ne pas dire artificielles à l'égard de la vie réelle des opérateurs. La plupart de ces hypothèses sous-jacentes aux formules traditionnelles de calcul font aujourd'hui l'objet de débats qui ne sont plus seulement académiques. Force est de constater que les missions d'expertise indépendante sont conduites, le plus souvent, en fonction des paradigmes anciens érigés en conventions devenues rigides, mais simples d'application et d'interprétation, bien que

reposant sur un outillage mathématique apparemment complexe. Il est vraisemblable, dans ces conditions, que la nature même des missions soit appelée à évoluer pour tenir compte des comportements effectifs des opérateurs, lesquels ne sont pas réductibles à des modèles mathématiques fussent-ils stochastiques.

En 2007, sur 67 offres publiques ouvertes, 32 procédures simplifiées et 13 procédures normales formaient le plus gros contingent des opérations de marché affectant les hauts de bilan. 10 offres publiques de retrait (obligatoires ou non) occupaient la seconde place et 9 opérations de garantie de cours avaient été réalisées dans le courant de la même année. Sur les 65 cas d'expertise indépendante, 38 relevaient de l'existence de conflits d'intérêts (article 261.1 du règlement général de l'AMF). 27 attestations d'équité avaient, par ailleurs, pour fondement réglementaire la perspective d'un retrait obligatoire.

L'année 2008 a été marquée par un certain ralentissement des opérations publiques de marché, en France comme dans le monde. Les introductions en Bourse elles-mêmes se sont fortement contractées, passant, d'une année à l'autre, de 1 745 sur les onze premiers mois. Les sommes levées se réduisent, sur les mêmes périodes, de 287 milliards à 95 milliards de dollars. Les principales opérations ont eu lieu en Chine, aux États-Unis, au Brésil, en Inde et en Arabie saoudite. En France, certaines opérations majeures ont cependant donné lieu à expertise indépendante, telle que celle qui a abouti à la création de GDF-Suez et Suez Environnement. Opération emblématique

pour le marché français, elle dépassait nettement en ampleur la dernière grande opération de retrait obligatoire des AGF à l'initiative d'Allianz. Il est vraisemblable que, pour 2008, les expertises indépendantes consacrées aux retraits obligatoires soient plus fréquentes en raison même de l'attraction de ce type d'opération réalisable à des niveaux d'évaluation réduits dans l'intérêt des actionnaires majoritaires actuels. À ces arguments circonstanciels de marché s'ajoutent des considérations fiscales (régime de l'intégration fiscale organisant la compensation des résultats intragroupes, neutralisation des plus-values de cession, des provisions pour dépréciation, des dividendes internes au groupe, etc.) ou stratégiques (fusion, scission, apports, absorptions internes aux groupes, etc.).

Les diligences des experts paraissent avoir suivi fidèlement la structure des rapports, telle qu'elle est recommandée par l'AMF. Les méthodes d'évaluation constituent bien évidemment le cœur des diligences de l'expert, bien que l'AMF recommande d'expertiser les conditions financières dans leur ensemble. Aujourd'hui comme hier, c'est la valeur intrinsèque reposant sur l'escompte de flux prévisionnels de trésorerie fournis par les sociétés concernées qui reste la méthode prédominante. Comme on le sait, cette approche pose le délicat problème de la fixation des taux d'actualisation pendant la période des prévisions (prime de risque incluse). Par ailleurs, la valeur finale à l'issue de cette période de prévisions et les taux de croissance sur longue durée sont des paramètres à la fois déterminants et largement subjectifs. Le relevé des consensus, notamment des analystes

financiers, complète la seconde méthode dite de valorisation analogique. Si elle présente l'avantage de recueillir les points de vue d'analystes à un moment déterminé, cette méthode comporte l'inconvénient de reposer sur des attitudes souvent peu originales. Le « réflexe mimétique autoréférentiel », cher à André Orléan, ne manquera pas de se manifester – et de se renforcer – en situation de crise. À titre de complément d'information, il est ainsi recommandé par l'AMF de rechercher diverses références de valorisation, notamment par rapport à l'actif net réévalué ou du fait de transactions récentes et comparables.

Les expertises indépendantes sont aujourd'hui réalisées par un nombre limité d'acteurs : PSI, cabinets de commissaires aux comptes, experts judiciaires, personnalités indépendantes. Seules deux associations ont été reconnues par l'AMF : l'Andefi (Association nationale d'experts financiers indépendants) et l'Apei (Association professionnelle des experts indépendants). Il s'agit d'intervenants hautement spécialisés et disposant, dans la plupart des cas, d'une expérience approfondie des marchés financiers. Beaucoup des spécialistes de l'expertise financière indépendante adhèrent à la Sfev (Société française des évaluateurs) dont il convient de saluer le rôle pionnier et fédérateur. Son président fondateur, Jean-Florent Rérolle, a fortement contribué à faire progresser l'expertise indépendante en France, tant dans ses méthodes que dans sa déontologie. Ces évolutions ne manqueront pas de se poursuivre sous la nouvelle présidence de Daniel Beaumont, sur la base d'une normalisation progressive et conforme aux ambitions de l'AMF.

D'une façon générale, les méthodes actuellement employées supposent une parfaite connaissance des normes comptables internationales, qu'elles soient de type IFRS ou US Gaap. Les principales normes susceptibles de faire débat, tant sur le plan de leur interprétation que des options auxquelles elles donnent lieu, sont le plus souvent de conception récente et encore peu stabilisées, voire non coordonnées entre IFRS et FASB.

Si la maîtrise de ces normes internationales s'impose à l'expert indépendant, elle concerne tout autant les mandataires sociaux appelés à apprécier son travail, comme celui des banques conseils généralement effectué sur des bases influencées par l'intérêt des parties. L'analyse critique de la mise en oeuvre de ces diverses normes, tant pour les comptes antérieurs que pour les prévisions, constitue une partie essentielle des travaux de l'expert et une matière à coopération avec les mandataires sociaux concernés (via le comité d'audit notamment). Cet aspect spécifique des diligences est pourtant rarement mentionné dans les rapports. De même, l'analyse critique par l'expert des travaux des banques d'affaires semble s'effectuer principalement de façon verbale. Il n'est pas non plus inutile d'observer aujourd'hui que les rapports d'expertise ne font pas référence à un dossier de travail structuré permettant un contrôle factuel – et a posteriori – des données utilisées dans le rapport. Selon son approche actuelle privilégiant le contrôle a posteriori, l'AMF doit cependant être en mesure de demander des compléments d'informations justificatives, les associations d'experts indépendants étant chargées de

l'archivage « des documents et rapports d'experts pendant au moins cinq ans » (RG article 263-3). Enfin, le recours à un label de qualité des experts indépendants n'est pas actuellement requis, et par conséquent sans effet sur une stimulation positive visant à l'excellence des travaux effectués. Les objectifs ambitieux de l'AMF pour l'expertise indépendante – appréciation d'ensemble des conditions financières des opérations et contrôle a posteriori des diligences – sont de nature à provoquer ces évolutions.

## ■ Un avenir prometteur en Europe

Face aux nouveaux risques transnationaux, un avenir prometteur se dessine en Europe pour l'expertise indépendante, au service de multiples parties prenantes.

S'il paraît difficile d'espérer à court terme une coordination globale de l'expertise indépendante sur l'ensemble des places boursières, tel ne devrait pas être le cas au plan européen : le CESR dispose à la fois des ambitions et des moyens pour influencer le cours des choses dans le sens d'une meilleure transparence des marchés et d'une réelle équité au profit de toutes les parties prenantes concernées. La dernière directive Mifid a d'ailleurs tout spécialement développé les recommandations concernant la prévention des conflits d'intérêts au sein des PSI. Il reste à définir des règles tout aussi pertinentes pour l'ensemble des experts indépendants. De ce point de vue, trois types d'orientation paraissent devoir être privilégiés : fonctionnement des experts indépendants en réseaux de compétence, rénovation des méthodes

d'évaluation en situation de crise, instauration de labels de qualité.

Il est aujourd'hui impensable de demander à un expert indépendant, qu'il soit personne physique ou morale, de porter en moins de trois semaines une appréciation objective sur la valorisation de groupes transnationaux sans qu'il soit lui-même déjà spécialiste des activités ou des zones d'implantation concernées. Au-delà des méthodes générales d'évaluation, des spécificités s'imposent pour chaque domaine d'activité : assurance, banque, biotechnologies, chimie, grande distribution, énergie, nouvelles technologies, santé, sidérurgie... Ces mêmes activités ne comportent pas les mêmes niveaux de risques suivant leurs zones géographiques d'implantation et de répartition de leurs principales fonctions : recherche, approvisionnement, production, distribution. L'obligation de fonctionnement en réseau rend plus nécessaire encore l'indépendance de tous les intervenants au cas particulier de chaque opération et exige une adaptation du code de déontologie en conséquence. De ce point de vue, la coordination des réseaux d'experts compétents et disponibles, en particulier si elle passe par les associations reconnues par l'AMF, exigera de nouvelles formes de coopération sur le plan des techniques d'évaluation et du secret professionnel. La préparation d'opérations de haut de bilan, souvent (mais pas toujours...) engagée de longue date à partir d'objectifs stratégiques, se concrétise par des opérations de marché rapides laissant peu de temps à l'expert indépendant pour se familiariser avec l'ensemble des dispositifs retenus. De ce point de vue, les banques d'affaires et les divers

conseils disposent d'un atout essentiel de calendrier qu'il appartient à l'expertise indépendante de savoir relativiser en vue de l'équité par rapport à l'ensemble des parties prenantes.

Il paraît difficile aujourd'hui de ne pas mettre en cause les modalités traditionnelles d'évaluation reposant sur des concepts souvent anciens, certes faciles à adapter, mais susceptibles de bien des erreurs d'interprétation, en raison même de l'outillage mathématique qu'elles mettent en oeuvre.

Ainsi, un seul taux d'actualisation ne saurait refléter la réalité des risques des diverses activités concernées sur l'ensemble des continents. De même, le taux de croissance à long terme suppose une extrapolation particulièrement dangereuse en période de mutation économique. Aussi les experts indépendants doivent-ils s'attacher, dans tous les cas, à vérifier la « durabilité » du business model de chaque activité concernée dans un contexte de globalisation à risques élevés, non homogènes et dont les interdépendances sont matière à débat de fond. Le problème des synergies susceptibles d'être dégagées doit prioritairement attirer leur attention en termes de calendrier, d'évaluation et d'imputabilité. L'expérience récente a révélé bien des déconvenues, mettant à jour des motivations de certaines parties prenantes largement étrangères aux seules considérations économiques issues de l'« affectio societatis ».

Sans prétendre être exhaustif, il paraît vraisemblable que certaines méthodologies d'évaluation se développeront dans les principales directions suivantes, au cours des années à venir :

- prise en compte plus spécifique des effets cycliques de croissance et de résultats en termes réels par type d'activité et zone géographique, selon les concepts développés par le Pr Robert Shiller (Cape : *Cyclically Adjusted Price Earnings Ratio*) ;

- référence à la finance comportementale prenant en considération les motivations, les réactions et les divers niveaux de rationalité des multiples catégories d'opérateurs de marché, par référence aux performances attendues et aux risques acceptés ;

- attention particulière aux objectifs de gestion des différents détenteurs de capitaux impliqués par les opérations, en fonction de leurs statuts et de leur approche stratégique sous les différentes formes de gestion actifs/passifs (ALM : *Assets/Liabilities Management*) ou passifs/actifs (LDM : *Liabilities Driven Management*) ;

- utilisation des fractales à partir des travaux de Benoît Mandelbrot, en particulier pour les situations à risque échappant aux hypothèses théoriques de la finance non comportementale ;

- revue explicite et validation positive, négative ou partielle des hypothèses sous-jacentes en cas d'utilisation de modèles mathématiques élaborés (notamment de type Monte Carlo).

Enfin, comme tout autre intervenant légitime sur les opérations du marché financier, les experts indépendants devraient être soumis à des labels de qualité exigeants et de mieux en mieux formalisés. Les codes de déontologie des associations et les comités d'attestation

d'équité des PSI en constituent les prémisses. Pour les experts indépendants personnes physiques, l'équivalent des comités d'attestation d'équité pourrait prendre la forme d'une revue indépendante réalisée au sein de l'association et sous la responsabilité de ses instances dirigeantes, avec accès possible de l'AMF au contenu de la revue. Enfin, pour tous les experts, qu'ils soient personnes physiques ou morales, l'existence d'un dossier référencé et structuré, susceptible d'être contrôlé de l'extérieur et a posteriori, constituerait une garantie de qualité du rapport et de l'attestation d'équité elle-même.

## ■ Pour une approche européenne en termes de « *best practices* »

Ces « meilleures pratiques » pourraient être étendues et régulièrement actualisées en fonction des données « acquises » de la science financière en matière de risques.

La notion de conflit d'intérêts repose sur des concepts de droit public de mieux en mieux établis dans la plupart des pays européens, par exemple en matière de santé ou de marché passé par les États ou les collectivités locales. En matière privée, et a fortiori financière, cette notion pourtant si importante reste encore en gestation au plan strictement juridique. Plutôt que de considérer l'état actuel de la situation comme un inconvénient, il convient d'y voir l'opportunité de développer, à partir des instances européennes, un concept élargi s'appliquant aux principales parties prenantes des entreprises concernées. Sans s'arrêter au formalisme

nord-américain nourrissant une jurisprudence croissante ou encore au concept (trop ?) généraliste britannique, la voie reste ouverte pour la mise en place de pratiques efficaces s'imposant aux mandataires sociaux des groupes européens et – pourquoi pas, si les circonstances s'y prêtent – mondiaux. À partir d'avancées déjà reconnues et appréciées par la plupart des intervenants des marchés financiers, le CESR pourrait être le pilote naturel de ces nouveaux développements qui devront faire l'objet non seulement d'une coordination précise, mais aussi de remises en cause fréquentes des « meilleures pratiques ». Comme dans toutes les disciplines « libérales » soumises à déontologie et susceptibles de donner lieu à contentieux, ces « meilleures pratiques » devraient correspondre aux « données acquises » de leur science, telles qu'elles sont progressivement enseignées et maîtrisées, et non aux « données actuelles » résultant elles-mêmes du dernier état de la recherche. Il nous faut en effet reconnaître aujourd'hui que les données considérées comme « acquises » en matière de technique d'évaluation se sont stratifiées et font référence à des recherches dont les publications datent déjà d'il y a trente (Fama, 1970 ; Black-Sholes, 1972), si ce n'est cinquante ans (Markowitz, 1952 ; Modigliani-Miller, 1958). Les premières recherches de Benoît Mandelbrot remontant elles-mêmes aux années 1960 ("The Variation of Some Other Speculative Prices", *Journal of business*, 1963 et 1967), cet effet étonnant d'hystérésis met en cause les modalités d'enseignement et de vulgarisation de la science financière, voire la gouvernance des *business schools*, par rapport aux

évolutions avérées de la recherche.

Aujourd'hui, et en particulier en France et en Europe, l'expertise indépendante s'applique principalement aux sociétés cibles à l'occasion de certaines opérations spécifiques de haut de bilan. Il serait sans doute plus judicieux de généraliser l'exigence de l'expertise indépendante auprès de toutes les sociétés concernées et de leurs principales parties prenantes intéressées. On comprend cette urgence pour des opérations de type OPE reposant sur l'homogénéité des parités. En termes de gouvernance, l'expertise indépendante est pourtant justifiée aussi bien pour l'initiateur que pour la cible. Par ailleurs, la remise en cause de certains paradigmes d'évaluation, tels que les taux d'actualisation constants et la valeur terminale, le rythme de croissance à l'infini ou encore les espoirs de synergies, s'imposent aux parties prenantes pour éviter le réflexe de facilité que représente toute tentation d'extrapolation à long terme. Outre les avancées de la finance comportementale, ces pratiques ne prennent pas assez en compte l'essentiel de la création potentielle de valeur, à savoir la créativité et la flexibilité des entreprises et de leurs dirigeants face à des événements imprévus. Cette exigence est d'autant plus requise que les situations de crise se multiplient et peuvent difficilement être mises en équation, pas plus que l'innovation, fixant par là-même les limites de tout exercice d'évaluation, même indépendante...

Sous réserve d'évolutions de marchés particulièrement aléatoires, il serait opportun d'étendre l'expertise indépendante, selon de nouvelles normes à

définir au plan européen, à certaines opérations de capital-risque (de type LBO notamment). Il est en effet vraisemblable que les difficultés d'évaluation exigeront dans ce domaine hautement vulnérable de nouvelles compétences assorties d'un regard neuf... et réellement indépendant !

### Bibliographie

AFTALION F., « Le Medaf après 40 ans », *Banque et marchés*, nov. et déc. 2004.

AMF, règlement général ; rapports annuels 2006 et 2007 ; recommandation du 25 sept. 2006 ; instruction du 25 juil. 2006 sur l'expertise indépendante ; revue mensuelle : programme de travail en matière de régulation financière 2007-2008.

Banque de France, « Valorisation et stabilité financière », *Revue de stabilité financière*, oct. 2008 ; « Liquidité », *Revue de stabilité financière*, fév. 2008 ; « Hedge funds », *Revue de stabilité financière*, avr. 2007.

BEAUFORT DE V., « One share-one vote, le nouveau Saint Graal », WP Essec, 2008.

BERNICKE CH., *Wertpapiervermögensverwaltung*, Mohr Siebeck, 2006.

BOURGUINAT H. ; BRYIS E., *L'arrogance de la finance*, La Découverte, 2009.

CAE, « Rapport sur la consolidation mondiale des Bourses ».

CEDDAHA F., *Fusions-acquisitions*, Economica, 2e éd., 2008.

- CESR, "Fair value measurement and related disclosures of financial instruments in illiquid markets", Consultation paper, juil. 2008 ; Annual reports 2006-2007 ; Statement on the reclassification of financial instruments and other related issues, janv. 2009.
- CHARLETY-LEPERS P., « Le temps et la valeur des entreprises : le cas des offres publiques, *Problèmes économiques*, avr. 2005.
- DARREN J. K. ; JUN QJ QIAN ; Weihong Song, "Are fairness opinions fair?", WP n° 17, déc. 2005.
- DAVIDOFF S. M., "Fairness opinions", *American University Law Review*, WP 8, déc. 2006.
- Deloitte Canada, Reference guide to IFRS 2008, 2008.
- FERNANDEZ P., *Valuation Methods and Shareholder Value Creation*, Academic Press, San Diego, 2002 ; "110 Common Errors in Company Valuations", IESE WP, oct. 2007 ; "The Equity Premium in 100 Textbooks", IESE WP, 20 juin 2008.
- GIRAUD G. ; RENOARD C., *20 propositions pour réformer le capitalisme*, Flammarion, 2009.
- IASB, "Applying Fair Value in Inactive Markets", oct. 2008 ; IFRS, "A Guide Through IFRS", 2008 ; "Financial Instruments Reporting and Accounting", IASC Publications (à paraître).
- MANDELBROT B., *Une approche fractale des marchés*, Odile Jacob, 2005.
- MARCUS D., "Fighting Over Fairness Opinion", WP, 27 mai 2005.
- MERVILLE A.- D., *Droit des marchés financiers*, Eyrolles, 2006.
- NAULOT J.- M., Rapport sur l'expertise indépendante, 13 avr. 2005.
- OICV/IOSCO, « Déclaration du comité technique sur l'élaboration et l'application des normes comptables », 21 oct. 2008 ; "Open letter to G20 Summit", 11 oct. 2008.
- ORLÉAN A., *Le pouvoir de la finance*, Odile Jacob, 1999 ; *Pour une approche girardienne de l'homo oeconomicus*, Cahiers de l'Herne, 2008.
- QUIRY P. ; LEFUR Y., « Beta des capitaux propres, beta de l'endettement et beta de l'actif économique », Lettre Vernimmen, n° 23, oct-nov. 2003 ; « Quelques réflexions sur la crise financière », n° 68, sept. 2008 ; « Les récents développements du gouvernement d'entreprise », n° 69, oct. 2008 ; « La prime de risque à 10 % ? », n° 71, déc. 2008.
- RÉROLLE J.- F. ; WALTER CH., « Création de valeur pour une réhabilitation de l'évaluation financière », *Revue Banque*, n° 705, septembre 2008.
- RÉROLLE J.- F. , « De l'incertitude de la valeur à la valeur de l'incertitude », Sociétal, septembre 1999.
- Schmidt D., « L'action de concert », Encyclopédie juridique Dalloz, 2000 ; *Les conflits d'intérêts dans la société anonyme* (2e éd.), Joly, 2004.
- SHILLER R., "Irrational Exuberance", PUP 2000 ; "New Financial Order", PUP 2002 ; "The Subprime Solution", PUP 2008.
- VALIN G. (avec Gavanou J.- F.), *Gouvernance sociale et fonds de pension*, Economica, 2005 ; (avec Gavanou J.- F. ; Guttman C. ; Levour'h J.), *Controlor et auditor*, Dunod 2007 ; (avec Cassou P.- H.), « La concentration du secteur financier en Europe », *Revue Banque*, 2001.
- WALTER CH. ; BRIAN E., *Critique de la valeur fondamentale*, Springer, 2007 ; « Volatilité boursière : irrationalité des comportements ou clivage des esprits ? », *Revue d'économie financière*, 29 avr. 2008.
- Directives : 2004/25 du 21 avril 2004 concernant les offres publiques d'acquisition ; 2007/63 du 13 novembre 2007 modifiant l'exigence de rapport d'expert indépendant.
- Directive MIF consolidée 2004/39 du 21 avril 2004 concernant les marchés d'instruments financiers modifiée par la directive 2006/31/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2006.
- Loi du 23 décembre 1993 sur les offres publiques de retrait.
- Loi du 31 mars 2006 relative aux offres publiques d'acquisition.

# Livres

■ Pierre MARTIN,

*Deux siècles d'assurance mutuelle.  
Le groupe Azur*

Éditions du CTHS,  
collection « Histoire »,  
2009, 615 p.

Cet ouvrage de Pierre Martin est issu d'une thèse de doctorat d'histoire soutenue à la Sorbonne. Largement allégé pour le grand public, ce travail s'appuie pour l'essentiel sur les archives privées du groupe Azur, fusionné il y a peu dans Covea qui rassemble désormais MMA-MAAF-GMF. Assureurs et universitaires ont permis la réalisation du livre : les dirigeants d'Azur ont remis les papiers de la maison avec libéralité lorsque le Comité scientifique pour l'histoire de l'assurance a décidé de cofinancer la publication avec le CTHS dépendant du ministère de la Recherche. On le comprend quand on sait que le parti pris du livre, au-delà de retracer le destin singulier de la firme, est de contribuer à l'histoire de la branche assurances, un passé largement *terra incognita*. Dans sa préface, Jacques Marseille estime ainsi que cette enquête constitue « la première

*pièce d'une cathédrale à construire qui s'appelle l'histoire de l'assurance »* (p.2). À l'inverse de feu Marc Auffret dans son *Histoire des Mutuelles du Mans* (1990, non publié), l'auteur opte pour une démarche synthétique afin de mieux dégager les mécanismes assuranciers comme les points communs entre les entreprises. Les césures prennent donc sens pour les trois entités retenues : l'ancêtre noble, l'Amsso, puissante société parisienne fondée en 1819 ; l'ancêtre roturier, La Beauce, lancée par des agrariens de Chartres en 1874 ; et la modeste Cérés (fondée en 1822), doyenne des sociétés dédiées à l'assurance grêle, paradigme peut-être de l'économie de l'assurance. Replacées dans la longue durée (deux siècles), ces sociétés semblent durablement affectées par les guerres et l'inflation qui en est l'un des corollaires. L'auteur ne cache pas pour autant les difficultés de l'apprentissage (XIX<sup>e</sup> siècle), les zones d'ombre (pas de code des assurances), et tente de restaurer le point de vue de la concurrence à partir de sources variées (archives des AGE, du ministère des Finances). La mesure des performances des sociétés est restituée à partir d'analyses bilancielles. Plusieurs constantes peuvent ainsi être relevées.

Produit : l'assurance incendie, le bon risque, profitable et bon marché, acclimata véritablement l'assurance et assure la base sociétaire du XIX<sup>e</sup> siècle, à l'inverse de l'assurance grêle.

Offre : la demande sociale pousse à la diversification puis au regroupement des garanties dans les années 1950.

Contrôle : l'État est omniprésent et n'a cessé de surveiller la solvabilité des assureurs.

Mutuelles : nées par réaction aux compagnies cotées, ces sociétés civiles entendent assurer moins cher des propriétaires entre eux... et peut-être contre les autres. On touche là l'ambiguïté du rapport au marché que le livre ne lève pas tout à fait. Les (gros) sociétaires, à la fois assureurs et assurés, mettent leur fortune au service de l'infortune sans rémunérer d'actionnaire. Pourtant, la logique de marché s'avère une force puissante qui a pu un peu diluer la culture de ces sociétés rassemblées au sein de la ROAM (étudiée) et plus récemment de la FFSAM.

C'est pourtant ce ciment mutualiste qui est à l'origine du succès de la construction du groupe Azur, fruit de fusions réussies.

contrats, franchises, dédommagements font l'objet d'une micro-histoire concrète et actuelle. Les hommes de l'assurance, enfin, sont particulièrement étudiés. À travers d'abord une typologie des métiers et des fonctions, une sociologie des administrateurs et des clients : des tableaux synoptiques en fin de volume dispensent d'un index

nominatif ; à travers ensuite des destins de « directeurs » qui ont été de véritables entrepreneurs et dont certains ont fondé des dynasties, tels les Angar à l'Amsso (1819-1918). La qualité éditoriale est manifeste, l'ouvrage facile à lire et manier, agrémenté de quelques photographies originales. Assureurs et professionnels du risque,

historiens et économistes, ou simple honnête homme, un public éclairé trouvera ici matière à s'instruire de façon plaisante.

par Alain Combes  
*Professeur de chaire supérieure  
en classes préparatoires  
aux grandes écoles*

■ **André BABEAU**

*Richesses du monde*

**Economica, 2009, 455 p.**

C'est peu dire que l'ouvrage *Richesses du monde* tombe à point nommé. Alors que nombre d'ouvrages de circonstance se multiplient sur les causes de la crise, André Babeau nous livre ici le panorama le plus complet qui ait jamais été dressé des patrimoines dans le monde. Ce détour minutieux par les valeurs patrimoniales, leur mode de constitution et leur contrepartie du côté des passifs fournit de multiples clefs de lecture pour comprendre la récente tourmente financière et ses implications sur les conditions du retour à la croissance. L'auteur en tire lui-même des enseignements très précieux dans sa conclusion. Nous laisserons au lecteur le plaisir de les découvrir par lui-même. Mais avertissons-le tout de suite : il n'y trouvera pas les diagnostics simplificateurs et les certitudes dogmatiques de ceux qui ne prennent pas le temps de minutieusement scruter le monde réel. Car *Richesses du monde* s'inscrit dans la grande tradition de l'école française des économistes qui, tels Fourastié ou Babeau, ont déployé une infatigable énergie pour soumettre leurs hypothèses de travail à l'épreuve de la vérification empirique. C'est pourquoi cet ouvrage fera date. Il présente trois niveaux de lecture possibles.

Le premier est familier à tous ceux qui ont eu le plaisir de travailler avec André Babeau : *Richesses du monde*

est en premier lieu une invitation à explorer les territoires souvent inconnus des statistiques du « Tableau des opérations financières » pour tenter de comprendre les comportements et les dynamiques qui se cachent derrière les conventions et les concepts assez abstraits des comptes nationaux. Ce voyage est ici passionnant car il est effectué à l'échelle mondiale. On y traite par exemple aussi bien de l'accroissement des actifs des « hyper-riches » durant les récentes décennies que du développement des moyens de paiement en Afrique et dans les pays les moins développés. On est frappé ici de voir combien cette approche empirique complète et enrichit les analyses traditionnelles du cycle de vie conduites par les macroéconomistes. Une autre observation est la pauvreté de notre connaissance de la première composante du patrimoine des ménages : le logement.

Le deuxième niveau de lecture est plus analytique. L'ouvrage renouvelle la façon d'analyser le cycle économique et les processus de croissance. Le rôle central des ménages dans la constitution des patrimoines, via leur épargne et leur endettement, est ici remis à son bon niveau. Le principal enseignement, ô combien actuel pour les politiques macroéconomiques, est qu'on ne peut pas comprendre leurs dynamiques à partir des soldes que sont par exemple les patrimoines nets généralement utilisés par les économistes anglo-saxons. La dynamique patrimoniale implique qu'on examine à la fois les passifs et les actifs pour comprendre les comportements des agents. Un grand apport de ce deuxième niveau

de lecture concerne l'économie du développement qui est ici repensée comme un processus de gestion d'actifs.

Le troisième niveau de lecture concerne les pistes d'avenir ouvertes par l'auteur. On en repère deux principales tout au long de cet ouvrage qui en comporte certainement bien davantage. La première concerne le capital humain dont le rôle dans l'accumulation patrimoniale des sociétés est rappelé par l'auteur. Ce capital immatériel ne s'identifie pas clairement dans les catégories conventionnelles du compte national. Il est pourtant totalement irremplaçable dans le processus d'accumulation patrimonial qu'est le développement. Autre piste féconde : le capital naturel. L'auteur recense les premières tentatives faites par la Banque mondiale avec son concept d'épargne véritable ou par les comptes satellites de l'environnement pour mieux tenir compte des passifs environnementaux qui peuvent se constituer du fait de l'activité humaine. Mais à l'heure de la prise de conscience des risques du changement climatique ou des impacts potentiels de la réduction de la biodiversité, ces instruments restent très frustes. L'auteur appelle donc fort opportunément à leur élargissement. De notre point de vue, cela l'invite surtout à la rédaction d'un tome II pour explorer toutes les nouvelles pistes qu'il a ouvertes dans un ouvrage passionnant !

par Christian de Perthuis  
Professeur associé à l'Université Paris-Dauphine

■ Collectif

*L'Année des professions  
financières 2009*  
*Centre des professions financières*

Éditions AEF, 343 p.

**L**e millésime 2009 de *L'Année des professions financières* est un grand millésime.

En trente-quatre articles, il couvre largement l'année 2008 et naturellement la crise financière. « *Jamais, en aussi peu de temps, il n'aura été donné aux professions financières de vivre de telles transformations associées à de réels moments d'inquiétude autant sur la capacité du système à résister aux risques d'implosion qu'à leurs douloureuses conséquences sur l'activité économique* », note dès le préambule Edmond Alphandéry, président du Centre des professions financières.

« *Cette crise d'une ampleur inattendue oblige également à se poser quelques questions fondamentales sur la logique même de la régulation* », constate Christian Noyer, gouverneur de la Banque de France, dans l'article d'introduction.

« *Cette crise, qui assombrit les perspectives macroéconomiques, expose,*

*quoiqu'à un moindre degré, le secteur de l'assurance* », observe Philippe Jurgensen, président de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, dans un article consacré à l'assurance française face à la crise et aux vecteurs de transmission de la crise financière au secteur de l'assurance.

« *Le risque existe qu'une nouvelle crise de confiance, touchant cette fois les monnaies et les États, succède à la crise actuelle, conséquence des mesures prises pour y parer en creusant les déficits publics* », remarque André Lévy-Lang, responsable de l'axe Recherche du pôle Innovation finance, dans un article intitulé « *Quelles contributions la recherche peut-elle apporter à la stabilité financière ?* »

Fidèle à la vocation pédagogique du Centre de « *comprendre et faire comprendre les professions financières* », l'ouvrage donne la parole à un large panel de responsables, d'économistes et d'experts. Il adresse les questions les plus fondamentales comme « *Qu'est-ce qu'une banque ?* », thème traité par Pierre-Henri Cassou, associé de Deloitte. Il donne des clés pour suivre les travaux en cours, avec par exemple l'article de Jean-Paul Betbèze, chef économiste du Crédit

agricole sur « *La banque de demain* ». Il établit des différences selon les acteurs, jusque dans les sujets sensibles. « *Leurs statuts [des mutuelles] et leur culture leur confèrent quelques autres avantages notables : n'étant pas cotées, elles ne ressentent pas l'obligation d'obtenir des rentabilités élevées dont on sait qu'elles ne peuvent être obtenues sans risques ; le fait de n'être pas notées [...] va dans le même sens, ainsi d'ailleurs que le système de rémunération de leurs dirigeants [...] qui, n'étant pas corrélé aux résultats financiers, n'incite pas à des prises de risques non conformes à l'intérêt à long terme des sociétaires* », note Jean-Claude Seys, vice-président et administrateur de Covea dans un article consacré aux mutuelles d'assurances.

Un véritable ouvrage de référence pour suivre et comprendre les évolutions en cours et à venir.

par Régis de Laroullière,  
Conseil en développement,  
stratégie et gouvernance,  
administrateur du Centre  
des professions financières  
et coprésident du groupe de travail  
« *Régulation* ».

■ **Michèle Bernard-Royer**

*L'investissement socialement responsable : vers une nouvelle éthique*

**Arnaud Frelat, 2009, 158 p.**

Cet ouvrage de vulgarisation intelligent facilite le périple à l'intérieur du monde très vaste et pluriel qu'est celui de l'investissement socialement responsable (ISR). L'auteur, journaliste de son état, nous propose un regard critique et pédagogique sur un sujet de société complexe. Au centre de la problématique de ce livre, une question est souvent soulevée, à laquelle il est difficile de répondre une fois pour toutes et de manière univoque : l'ISR est-il un outil pouvant contribuer à améliorer le comportement des entreprises, voire à sortir le capitalisme d'une crise sans précédent ? Pour répondre à cette question, étant entendu que son second volet, excessivement ambitieux, ne peut pas recevoir de réponse à ce stade, l'auteur donne la parole, via des entretiens approfondis, à de nombreux spécialistes de l'ISR (analystes extra-financiers, gérants, consultants...), qui fournissent des indications sur les particularités de ce style de gestion, sur les perspectives pouvant découler de l'intégration des résultats de l'analyse extra-financière dans les gestions « classiques » et sur son impact sur le comportement à long terme des entreprises. À notre sens, ce livre soulève à raison au moins quatre grandes problématiques.

La première a trait aux conséquences

de la crise actuelle sur l'avenir de l'ISR. La crise en cours affecte certainement la valorisation des portefeuilles ISR investis en actions, du moins conjoncturellement, mais elle ne devrait pas avoir des conséquences spécifiques durables sur ce type de placement, pas plus que sur les actions investies de « manière classique ». En relation avec ce point, il est intéressant de rappeler le principe fondamental de l'ISR, sous-jacent à l'une de ses définitions : un investissement est dit socialement responsable s'il optimise ses choix en matière d'allocation d'actifs, non plus seulement sur la base de critères financiers, mais aussi de critères environnementaux, sociaux et de gouvernance (triptyque ESG). Et ces critères ne peuvent être mesurés, voire mis en œuvre que dans le cadre d'une démarche de long terme. C'est là la clé : le long terme. Oui, la performance est importante, mais il faudra arrêter d'avoir les yeux rivés sur le compteur. Ceci est valable pour tous les acteurs, et non seulement pour les investisseurs, individuels ou institutionnels. Ne serait-ce que par souci de prudence, il faudrait adopter une formule normative : les parties prenantes doivent progressivement devenir plus sensibles à la nécessaire prise en compte à long terme des enjeux ESG. Selon les tenants de ce style de gestion, la crise actuelle et celles à venir, loin de constituer un frein, offrent donc des opportunités pour les gestions ISR, à condition que celles-ci sachent mieux encore qu'aujourd'hui se différencier des autres formes de gestion, notamment en misant davantage sur la qualité, la durabilité

et la diversification de leurs actifs en portefeuille. On attend aussi que l'ISR sorte quelque peu du sentier des grandes capitalisations boursières, pour se porter davantage sur les petites et moyennes capitalisations, c'est-à-dire qu'il parie en partie sur les entreprises d'avenir. Force est toutefois de constater que si, aujourd'hui, tout semble plaider en théorie pour une vision de long terme (en raison notamment des besoins criants en matière de financements longs des retraites, de la santé, de la dépendance... sans oublier les problèmes liés aux infrastructures, à la protection de l'environnement, etc.), dans beaucoup de domaines, en réalité, nous constatons une préférence accrue pour le court terme (cf. normes comptables IFRS et valorisation *marked-to-market* pour des actifs longs comme ceux des sociétés d'assurance et des fonds de pension... sans oublier les nouvelles normes de solvabilité en gestation dans Solvabilité II). Le défi à relever par les tenants de l'ISR est donc de taille !

La deuxième problématique concerne l'interrogation sur la « capacité » de l'ISR à améliorer la gouvernance des entreprises et en particulier celle des entreprises multinationales. La réponse semble être positive à condition que le *buy-side* (i.e. les sociétés de gestion, ainsi que leurs clients investisseurs institutionnels, dont les sociétés d'assurances sont en France les principaux acteurs), veuille et sache se constituer progressivement en contre-pouvoir face aux émetteurs (*le sell-side*)<sup>1</sup>. Dans ce cas, l'ISR a de fortes chances de pouvoir influencer le comportement

des entreprises. Mais, s'agissant d'un mouvement de civilisation, il faut être patient car ce processus risque d'être long. Pour les investisseurs, ce mouvement s'exprime aujourd'hui principalement par la recherche de modalités visant à assurer et développer l'exercice des droits des actionnaires. De manière plus spécifique, pour les gérants pratiquant l'ISR, il se traduit par l'application, en matière de sélection et d'allocation d'actions, des approches *best in class* (qui consistent à surpondérer dans le portefeuille les meilleures valeurs, sans pour autant exclure systématiquement les « moins bonnes » ou les « pires » de la classe) et de *best effort* (c'est-à-dire la reconnaissance des efforts progressifs réalisés par des entreprises dont la gouvernance a, ou aurait, tendance à s'améliorer). Un dialogue encore plus actif et, pourquoi pas, plus « engagé » des investisseurs avec les émetteurs devrait favoriser l'amélioration de la gouvernance des entreprises.

Troisièmement, lorsque l'on aborde la question de l'épargne retraite par capitalisation et de la réforme des retraites, on fait référence de plus en plus à l'ISR. Et pour cause, car l'épargne retraite et l'ISR partagent un horizon commun : le long terme. Dans les deux cas, le lien s'exprime par l'existence de phénomènes inter-générationnels. Si la finalité première de toute forme de retraite par capitalisation est d'apporter un complé-

ment de revenus pour les « vieux jours » des individus, l'utilité sociale des investissements qui leur correspondent ne peut pas être négligée. Cette utilité se doit de tenir compte de la durabilité des investissements sous-jacents, d'où l'intérêt d'une démarche socialement responsable. Il s'agit en somme de créer un système qui mutualise non seulement les risques, mais également les bénéfices pour les générations futures. Il existe à cet égard une demande croissante de placements ISR de la part des parties prenantes concernées par les enjeux de la retraite : syndicats, investisseurs institutionnels, entreprises...

Enfin, en quatrième lieu, concernant l'avenir de l'ISR en tant que marché de niche et ses perspectives de développement, beaucoup de professionnels considèrent que, plus qu'un marché, l'ISR est une culture, une philosophie. Si aujourd'hui l'ISR participe à la diversification de l'offre des gestions et apparaît à ce titre comme un phénomène de niche, à terme on peut s'attendre à une « ISRisation » des gestions – c'est-à-dire la généralisation et l'intégration progressives à toutes les gammes de produits de tout ou partie des résultats de l'analyse extra-financière – et à des démarches d'engagement résultant du dialogue entre investisseurs et émetteurs. La généralisation de ces pratiques devrait ainsi rendre viable à terme le modèle économique sous-jacent.

*Last but not least*, il ressort de ce livre que l'ISR a de beaux jours devant lui, mais que cela nécessite encore plus de travail et de recherches. C'est la raison pour laquelle l'Association française de la gestion financière (AFG) – avec, à ses côtés, une douzaine de sociétés de gestion et des acteurs tels que le FRR, Euronext, la Caisse des dépôts, la Fondation IEF... – a participé activement, début 2007, à la création de la chaire « Finance durable et investissement responsable » avec des chercheurs de l'Université de Toulouse et de l'École polytechnique.

En somme, ce livre est édifiant car il participe largement au débat et à la diffusion des idées sur une approche et des concepts pas toujours faciles à saisir. À sa lecture, on est frappé par l'étendue des sources citées et, chose rare, toujours utilisées à bon escient. Une véritable mine de connaissances et de références !

par Carlos Pardo  
*Directeur des études économiques*  
*Association française de la gestion*  
*financière*

#### Notes

1. Cf. article de Pierre Bollon, « Renforcer le buy-side pour équilibrer les marchés financiers », *Revue d'économie financière-Risques* n° 73-74, juin 2008.



# VENTE AU NUMÉRO - BULLETIN D'ABONNEMENT

	Prix	FRANCE		Prix	FRANCE
1 Les horizons du risque			44 Science et connaissance des risques. Y a-t-il un nouveau risk management ?		
2 Les visages de l'assuré (1 <sup>re</sup> partie)		19,00	L'insécurité routière		29,00
3 Les visages de l'assuré (2 <sup>e</sup> partie)		19,00	45 Risques économiques des pays émergents. Le fichier clients.		
4 La prévention		ÉPUISE	Segmentation, assurance, et solidarité		29,00
5 Age et assurance		ÉPUISE	46 Les nouveaux risques de l'entreprise. Les risques de la gouvernance.		
6 Le risque thérapeutique		19,00	L'entreprise confrontée aux nouvelles incertitudes		29,00
7 Assurance crédit/Assurance vie		19,00	47 Changements climatiques. La dépendance. Risque et démocratie		30,50
8 L'heure de l'Europe		ÉPUISE	48 L'impact du 11 septembre 2001. Une ère nouvelle pour l'assurance ?		
9 La réassurance		ÉPUISE	Un nouvel univers de risques		30,50
10 Assurance, droit, responsabilité		ÉPUISE	49 La protection sociale en questions. Réformer l'assurance santé.		
11 Environnement : le temps de la précaution		23,00	Les perspectives de la théorie du risque		30,50
12 Assurances obligatoires : fin de l'exception française ?		ÉPUISE	50 Risque et développement. Le marketing de l'assurance.		
13 Risk managers-assureurs : nouvelle donne ?		23,00	Effet de serre : quels risques économiques ?		ÉPUISE
14 Innovation, assurance, responsabilité		23,00	51 La finance face à la perte de confiance. La criminalité. Organiser la mondialisation		30,50
15 La vie assurée		23,00	52 L'évolution de l'assurance vie. La responsabilité civile. Les normes comptables		ÉPUISE
16 Fraude ou risque moral ?		23,00	53 L'état du monde de l'assurance. Juridique. Économie		31,50
17 Dictionnaire de l'économie de l'assurance		ÉPUISE	54 Industrie : nouveaux risques ? La solvabilité des sociétés d'assurances. L'assurabilité		31,50
18 Éthique et assurance		23,00	55 Risque systémique et économie mondiale. La cartographie des risques.		
19 Finance et assurance vie		23,00	Quelles solutions vis-à-vis de la dépendance ?		31,50
20 Les risques de la nature		23,00	56 Situation et perspectives. Le gouvernement d'entreprise : a-t-on progressé ?		
21 Assurance et maladie		29,00	L'impact de la sécurité routière		31,50
22 L'assurance dans le monde (1 <sup>re</sup> partie)		29,00	57 L'assurance sortie de crise.		
23 L'assurance dans le monde (2 <sup>e</sup> partie)		29,00	Le défi de la responsabilité médicale. Le principe de précaution		31,50
24 La distribution de l'assurance en France		29,00	58 La mondialisation et la société du risque. Peut-on réformer l'assurance santé ?		
25 Histoire récente de l'assurance en France		29,00	Les normes comptables au service de l'information financières.		31,50
26 Longévité et dépendance		29,00	59 Risques et cohésion sociale. L'immobilier. Risques géopolitiques et assurance.		31,50
27 L'assureur et l'impôt		29,00	60 FM Global. Private equity. Les spécificités de l'assurance aux USA.		31,50
28 Gestion financière du risque		29,00	61 Bancassurance. Les agences de notation financière. L'Europe de l'assurance.		33,00
29 Assurance sans assurance		29,00	62 La lutte contre le cancer. La réassurance. Risques santé.		33,00
30 La frontière public/privé		29,00	63 Un grand groupe est né. La vente des produits d'assurance.		
31 Assurance et sociétés industrielles		29,00	Une contribution au développement.		33,00
32 La société du risque		29,00	64 Environnement. L'assurance en Asie. Partenariats public/privé.		ÉPUISE
33 Conjoncture de l'assurance. Risque santé		29,00	65 Stimuler l'innovation. Opinion publique. Financement de l'économie.		ÉPUISE
34 Le risque catastrophique		29,00	66 Peut-on arbitrer entre travail et santé ? Réforme Solvabilité II. Pandémies.		ÉPUISE
35 L'expertise aujourd'hui		29,00	67 L'appréhension du risque. Actuariat. La pensée du risque.		ÉPUISE
36 Rente. Risques pays. Risques environnemental		ÉPUISE	68 Le risque, c'est la vie. L'assurabilité des professions à risques.		
37 Sortir de la crise financière. Risque de l'an 2000.			L'équité dans la répartition du dommage corporel		ÉPUISE
Les concentrations dans l'assurance		29,00	69 Gouvernance et développement des mutuelles. Questionnement sur les risques		
38 Le risque urbain. Révolution de l'information médicale.			climatiques. La fondation du risque.		35,00
Assurer les OGM		29,00	70 1 <sup>re</sup> maison commune de l'assurance. Distribution dans la chaîne de valeur.		
39 Santé. Internet. Perception du risque		ÉPUISE	L'assurance en ébullition ?		35,00
40 XXI <sup>e</sup> siècle : le siècle de l'assurance. Nouveaux métiers, nouvelles			71 Risque et neurosciences. Flexibilité et emploi. Développement africain.		35,00
compétences. Nouveaux risques, nouvelles responsabilités		29,00	72 Nouvelle menace ? Dépendance. Principe de précaution ?		35,00
41 L'Europe. La confidentialité. Assurance : la fin du cycle ?		29,00	73-74 Crise financière : analyse et propositions.		65,00
42 L'image de l'entreprise. Le risque de taux.			75 Populations et risques. Choc démographique. Délocalisation.		35,00
Les catastrophes naturelles		29,00	76 Événements extrêmes. Bancassurance et crise		35,00
43 Le nouveau partage des risques dans l'entreprise.			77 Etre assureur aujourd'hui. Assurance « multicanal ». Vulnérabilité : assurance et solidarité.		36,00
Solvabilité des sociétés d'assurances.					
La judiciarisation de la société française		29,00			

## Numéros hors série

Responsabilité et indemnisation - 15,24 • Assurer l'avenir des retraites - 15,24 • Les Entretiens de l'assurance 1993 - 15,24 • Les Entretiens de l'assurance 1994 - 22,87



À découper et à retourner accompagné de votre règlement à

**Seddita - 17, rue Henri Monnier - 75009 Paris**

Tél. (33) 01 40 22 06 67 - Fax : (33) 01 40 22 06 69 - Courriel : info@seddita.com

**BON DE COMMANDE DE LA REVUE RISQUES**

Abonnement (4 numéros/an) année 2009 n° 77 à n° 80      FRANCE 135 €      EXPORT 155 €\*  
 Je commande ..... ex. des numéros .....  
 Nom et prénom .....  
 Institution ou entreprise .....  
 Fonction exercée et nom du service .....  
**Adresse de livraison** .....  
 Code postal ..... Ville .....  
**Nom du facturé et Adresse de facturation** .....  
 Pays ..... Tél. ....  
 E.mail ..... Fax .....  
 Je joins le montant de : ..... par chèque bancaire à l'ordre de Seddita  
 Je règle par virement en euros sur le compte HSBC 4 Septembre-code banque 30056-guichet 00750-07500221574-clé RIB 17

\* Uniquement par virement bancaire

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à SEDDITA, 17, rue Henri Monnier 75009 PARIS

# *Où se procurer la revue ?*

## *Vente au numéro par correspondance et abonnement*

### **Seddita**

17, rue Henri Monnier - 75009 Paris  
Tél. 01 40 22 06 67 - Fax : 01 40 22 06 69  
Courriel : info@seddita.com  
www.seddita.com

## *Diffuseur en librairie*

### **Soficom Diffusion**

15, rue du Docteur Lancereau - 75008 Paris  
Tél : 01 02 56 45 71 - Fax : 01 42 56 45 72  
Courriel : soficom@soficom-diffusion.com  
www.soficom-diffusion.com

### **Documentation française**

29, Quai Voltaire  
75007 Paris

### **FNAC Etoile**

26-30, av des Ternes  
75850 Paris cedex 17

### **LGDJ**

20, rue Soufflot  
75005 Paris

### **Librairie BRAHIC**

54, rue de Paradis  
13006 Marseille

### **Gibert Joseph**

9, rue Gambetta  
86000 Poitiers

### **Librairie INTERPHILIV**

81, avenue de Ségur  
75015 Paris

### **Librairie des LOIS**

3, rue des Lois  
31000 Toulouse

### **Librairie LAVOISIER**

11, rue Lavoisier  
75008 Paris

### **Hall du livre**

38, rue saint Dizier  
54 000 Nancy

### **Librairie le Moniteur**

17, rue d'Uzès  
75002 Paris

### **Librairie de la banque et de la finance**

18, rue Lafayette  
75009 Paris

## *Librairie partenaire*

### **CNPP Entreprise Pôle Européen de Sécurité - CNPP Vernon**

BP 2265 - 27950 Saint-Marcel  
Tél. 02 32 53 64 32 - Fax : 02 32 53 64 80