

PERTE D'AUTONOMIE : LA RÉPONSE DES ORGANISMES NON-LUCRATIFS



et



avec le soutien de :



Actes du colloque

Ouverture du colloque	p.2
L'accompagnement pour l'autonomie : un enjeu sociétal	p.7
Table ronde : « Prévention et accompagnement : vers de nouveaux paradigmes »	p.10
Les données de santé : évolution du cadre réglementaire et mise en place du SNDS	p.18
Table ronde : « Numérique et nouvelles technologies • une (r)évolution pour la perte d'autonomie »	p.21
Table ronde : « Autonomie : les organismes non lucratifs s'engagent »	p.29
Allocution de clôture	p.35

En partenariat avec :

**ESPACE
SOCIAL**
EUROPÉEN



Actes du colloque

Patrick Lelong

Journaliste économique et essayiste

Les trois tables rondes de ce colloque graveront autour d'un thème riche de promesses : « Perte d'autonomie : la réponse des organismes non lucratifs ». Mon rôle est d'inviter chaque intervenant à apporter des réponses à cette question complexe. J'appelle **Jean-François Jean**, Président de la Mutualité Fonction Publique Retraite, pour quelques mots d'ouverture.

Jean-François Jean

Président de la Mutualité Fonction Publique Retraite (MFP Retraite)

Bonjour à toutes et à tous et merci d'avoir répondu si nombreux à notre invitation.

Il me revient d'ouvrir ce colloque co-organisé par l'OCIRP et MFP Retraite et soutenu par le CTIP et la Mutualité Française. **Philippe PIHET**, Président de l'OCIRP et **Jean-Louis PEYRUDE**, Vice-Président, auraient eu tout autant, sinon plus que moi, de légitimité à le faire. Je tiens, tout d'abord, à remercier les équipes de MFP Retraite et de l'OCIRP qui ont travaillé sur cette préparation. Et particulièrement **Pierre MAYEUR** et **Jean-Manuel KUPIEC**, respectivement Directeur général et Directeur général adjoint de l'OCIRP et leurs collaborateurs qui ont fait preuve, comme d'habitude, d'une grande réactivité, disponibilité et compétence. Un remerciement particulier aussi à **Axel KAHN**, qu'il n'est plus besoin de présenter, et qui nous apportera sa hauteur de vue habituelle en traitant le sujet de « l'accompagnement pour l'autonomie : un enjeu sociétal ».

Avec l'OCIRP, nous avons donc lancé l'idée, il y a plus d'un an et demi, d'organiser ce colloque s'intitulant « perte d'autonomie : la réponse des organismes non-lucratifs ». Pourquoi et pourquoi maintenant ? Parce que nous sommes devant un formidable défi : l'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Qui s'en plaindrait ? La société des seniors va augmenter du fait de l'avancée en âge des générations issues du baby-boom.

Quelques chiffres pour éclairer cette formidable évolution :

- > l'espérance de vie va passer de 85,5 ans pour les femmes et 79,2 ans pour les hommes à respectivement 91,1 ans et 86 ans en 2020 ;
- > la part des + de 80 ans va doubler d'ici à 2060 pour atteindre 11 % de la population ; le nombre de plus de 85 ans passant de 1,4 à 5 millions en 2060 ;
- > en 2070, la France comptera 13 fois plus de centenaires qu'en 2016.

Rappelons aussi que, selon la DRESS, en 2010, 1,24 million de personnes étaient bénéficiaires de l'allocation-perte d'autonomie dont 20 % de plus de 85 ans. Les évolutions démographiques vont donc conduire au doublement du nombre de personnes en perte d'autonomie qui atteindra 2,3 à 2,7 millions de personnes en 2060 selon les scénarios de l'INED et l'INSEE. Face à ces perspectives, le Conseil d'Analyse Economique (CAE) évalue les dépenses entre 41 et 45 milliards d'euros se répartissant à peu près à 50% entre, d'une part, la dépense publique pour les dépenses de soins et, d'autre part, le coût pour les ménages au titre des aides informelles et des dépenses d'hébergement. Le CAE estime aussi que ces dépenses vont progresser de + de 83 % d'ici à 2060. Le poids financier de la perte d'autonomie pèsera donc de plus en plus sur les finances publiques et les comptes sociaux, mais aussi sur les ménages et les proches aidants.

La Cour des Comptes recommande d'ailleurs de mieux soutenir les ménages car, malgré l'intervention des pouvoirs publics, l'essentiel de la solidarité exprimée en direction des personnes âgées dépendantes relève en grande partie de la sphère familiale. De surcroît, la faiblesse du système public actuel fait ressortir un reste à charge de moins en moins supportable pour les populations les moins aisées ; mais aussi pour les classes moyennes qui bénéficient de peu ou pas d'aides; ce reste à charge, en établissement ou à domicile, s'ajoutant à une forte croissance du reste à charge en santé.

L'état des lieux rapide que je viens de faire sur la perte d'autonomie, nous le connaissons tous et depuis longtemps car on ne compte plus les rapports et les études sur le sujet ces 10 dernières années. Les Présidents SARKOZY et HOLLANDE avaient promis de grandes réformes avant leur mandat... aucune n'a vu le jour. Seule avancée notable, la loi sur « l'adaptation de la société au vieillissement » qui se voulait ambitieuse mais qui laisse un goût d'inachevé. La Secrétaire d'Etat, Laurence ROSSIGNOL, avait reconnu à l'époque de la discussion de ce texte que, je la cite, « le Gouvernement n'aura pas les moyens budgétaires pour effectuer la seconde étape de la réforme portant sur les maisons de retraite » : réforme qui était pourtant essentielle car elle visait à les rendre plus accessibles.

Ces projets s'étant abîmés dans les déficits de l'Etat, nous avons décidé en 2015 d'organiser ce colloque après les élections 2017 afin de réunir les familles assurantielles du secteur non-lucratif pour poser la 1ère pierre d'une concertation commune. A l'époque, nous ne connaissions bien entendu ni le Président, ni le gouvernement qui sortiraient des urnes mais nous nous sommes dit qu'il fallait, dès le début de cette nouvelle législature, interpellier le nouveau gouvernement sur ce sujet.

En effet, l'autonomie est une question de société essentielle :

- > parce que l'OMS rappelle que l'âgisme est une forme de discrimination encore plus universelle que le sexisme ou le racisme ;
- > parce que la perte d'autonomie touche à la question de la dignité de la personne ;
- > parce que la solidarité à l'égard des personnes les plus vulnérables est un enjeu de société ;
- > et enfin, parce que nous ne devons pas laisser aux générations futures une bombe à retardement non financée.

Le Baromètre OCIRP de janvier 2017 confirme ainsi que, pour plus des ¾ des Français, la perte d'autonomie est un enjeu majeur. Ils sont inquiets et en attente d'une réforme pérenne du financement de la dépendance. Toutefois, ce sondage met aussi en lumière un paradoxe : les Français sont opposés à une augmentation des prélèvements obligatoires mais sont favorables à un financement mutualisé et collectif ; ce qui, in fine, revient à la même chose. Dans le même temps, ils sont favorables à près de 60 % à la création d'une nouvelle journée de solidarité et à une assurance complémentaire de la solidarité nationale.

On ne saurait toutefois réduire l'autonomie à un problème de solvabilité pour accéder à des lieux d'hébergement ou faciliter le maintien à domicile. C'est une réponse nouvelle qu'il nous faut trouver, fondée sur une approche globale des besoins et des situations des personnes. La stratégie de couverture de la perte d'autonomie constitue un enjeu majeur de politique publique identifiée comme tel par les Français. Pourtant, tant pour des raisons sociales que budgétaires, cette stratégie ne peut être que la réponse que l'on souhaite apporter aux enjeux de la solidarité nationale, de la place de la famille et du rôle de la puissance publique.

Bien sûr, et les tables rondes vont le montrer, chacune de nos familles du secteur non-lucratif offre sous différentes formes à ses adhérents une réponse globale. Toutes ces dimensions que nous apportons dans l'aide à l'autonomie au travers de la prévoyance, la prévention, l'accompagnement, l'orientation ou encore l'aide aux aidants démontrent que nos organismes sont indispensables pour préserver et garantir le lien social, notamment avec les plus défavorisés et les plus fragiles.

Mais aujourd'hui, alors que tous les gouvernements réduisent leurs moyens budgétaires, n'avons-nous pas, nous, organismes non-lucratifs, du fait de notre histoire et de nos valeurs communes, une responsabilité particulière à proposer ensemble aux pouvoirs publics une réponse aux différents enjeux de la perte d'autonomie? Si nous ne définissons pas ensemble une stratégie commune, nous pouvons craindre que ce gouvernement, comme les autres, ne fasse rien... ou pire, prenne l'initiative d'une réforme qui contentera davantage les appétits des grands opérateurs lucratifs que nos familles porteuses de réponses solidaires.

Parce que, plus que jamais, « bien vivre, c'est bien vieillir », il est indispensable de poursuivre et d'amplifier la mobilisation de la société sur la question du vieillissement. Qui mieux que le secteur non-lucratif, au vue de son expérience, de sa diversité et de ses valeurs peut apporter une réponse sous une approche universelle, reposant sur le principe de solidarité, adaptée aux situations personnelles et prenant en compte la prévention et l'accompagnement ? Car, au-delà de la question économique, la perte d'autonomie doit être envisagée de manière collective, tant elle questionne notre conception de la famille et de la solidarité intergénérationnelle.

N'est-ce pas, dans les faits, cette approche collective, solidaire et prenant en compte l'intérêt général qui constitue notre socle de valeurs communes et qui nous différencie fondamentalement sur ce sujet, comme tant d'autres, du secteur lucratif ?

Je vous remercie de votre attention.

Patrick Lelong

Merci. Je vais maintenant demander à **Jean-Paul Lacam** de nous rejoindre. Il va nous expliquer pourquoi le **CTIP**, Centre technique des institutions de prévoyance, s'associe, avec la **Mutualité Française**, à ce grand événement.

Jean-Paul Lacam

Délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)

Bonjour à tous,

Tout d'abord, je vous prie de bien vouloir excuser l'absence de notre président, Pierre Mie, dont l'agenda était particulièrement chargé en cette période de rentrée.

Je remercie chaleureusement notre adhérent l'OCIRP ainsi que la MFP Retraite pour l'organisation de cet évènement qui nous permettra d'aborder ce thème primordial et d'échanger ensemble sur les solutions innovantes à apporter en faveur du « bien vieillir ». Un grand merci également aux intervenants de nous faire l'honneur d'apporter leur expertise, ainsi qu'à tous les participants d'être venus si nombreux aujourd'hui.

Comme je vous l'ai dit, le thème qui nous réunit aujourd'hui est majeur : la perte d'autonomie, sa prévention, son accompagnement. L'accompagnement des aidés mais aussi des aidants car le risque de perte d'autonomie n'est pas un risque lointain (c'est souvent les enfants des aidés). Nous aborderons également le rôle du numérique, des nouvelles technologies et l'avenir de la Silver économie. Et, face à ces enjeux, le rôle, la vocation des organismes non lucratifs, les Institutions de prévoyance que je représente, qu'elles soient ou pas dans un GPS, dont peuvent faire partie des Mutuelles.

La question de l'autonomie se pose depuis plusieurs années et est aujourd'hui encore plus prégnante, en particulier en termes de financement :

- > les générations du baby-boom attendront 80 ans en 2030,
- > la retraite moyenne s'établit à 1376€ bruts soit 1283 € nets au 31/12/2015 alors que le prix moyen d'un EPHAD s'établit à 2200 euros

Les projections montrent que le sujet est là pour de longues années. Ainsi, selon les projections de l'INSEE, à l'horizon 2060, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions (contre 1,7 millions aujourd'hui). Une situation dont les Français ont bien conscience puisque, d'après une récente étude de Deloitte, ils s'inquiètent à la fois de ses implications sur leur qualité de vie et celle de leurs proches, ainsi que sur l'équilibre financier du système. Et, près de neuf Français sur dix estiment ainsi qu'il est « primordial » ou « important » d'améliorer l'accompagnement des personnes dépendantes.

Aujourd'hui, l'engagement des institutions de prévoyance et des groupes de protection sociale pour l'autonomie est réel et ne date pas d'hier.

Grâce à leur action sociale, les IP et les groupes de protection sociale, acteurs reconnus de l'assurance dépendance, ont en effet détecté de manière précoce les besoins en matière de dépendance. Avec son contrat SAFIR, AG2R La Mondiale est par exemple le premier groupe à s'être positionné, dès 1985, sur ce risque en proposant un contrat individuel. Se sont également développées des offres collectives négociées par les partenaires sociaux dans le cadre de l'entreprise ou de la branche professionnelle (bâtiment, salariés d'avocats...). L'OCIRP a pour sa part lancé une garantie OCIRP DEPENDANCE distribuée en marque blanche par les institutions de prévoyance adhérentes à cette union, et mis à disposition un service d'information et d'accompagnement.

Malgré un marché encore peu développé, la diffusion des garanties de dépendance collectives proposées par les institutions de prévoyance ne cesse de s'élargir : 320 000 salariés sont couverts au titre de la dépendance par des contrats collectifs. Les cotisations ont été multipliées par 8 entre 2002 et 2016 (5,3 millions d'euros en 2002, 42 millions d'euros en 2016).

J'ajouterais que ces garanties dépendance collectives permettent, dans le cadre de l'entreprise, de sensibiliser les salariés à un risque encore souvent sous-estimé, en particulier par les salariés les plus jeunes.

Au-delà des garanties apportées aux personnes dépendantes, les institutions de prévoyance n'ont pas attendu les exhortations politiques pour développer des solutions en faveur des aidants dans le cadre de leurs activités d'action sociale. En France, je vous rappelle que près de 15% des actifs aident un parent ou un conjoint en situation de perte d'autonomie (INSEE). La première table ronde de cette matinée abordera d'ailleurs ce sujet.

Je pourrais vous lister beaucoup d'exemples d'actions engagées par nos groupes, mais je souhaiterais tout particulièrement mettre en lumière l'association Vacances Répit Familles. Il s'agit d'une solution inédite à l'initiative de PRO BTP et de l'AFM-Téléthon, rejointe aujourd'hui par AG2R La Mondiale, Agrica, Audiens, Lourmel, Apicil, Klesia et de nombreux partenaires. Il s'agit d'un village de vacances et d'une structure médico-sociale. Ce concept innovant de répit de l'aidant organise son accueil et celui de la personne qu'il accompagne au quotidien dans un même lieu.

Parmi les autres solutions apportées par nos groupes paritaires, je peux encore vous citer Humanis, avec sa « Box aidants » qui donne accès à des solutions clé en mains pour soutenir l'aidant dans ses recherches d'information sur les aides financières ou encore les services à domicile, par exemple. Ce dispositif est novateur car il permet aux entreprises de mieux prendre en considération les contraintes de leurs salariés aidants et d'aider ces salariés à concilier à la fois leur vie d'aidant, leur vie professionnelle et leur vie privée. Agrica a aussi ouvert une plateforme d'information pour les aidants, « monagevillageagric » ... je m'arrêterai là, mais la liste des solutions développées en faveur des aidants ces dernières années est longue, et c'est une bonne nouvelle !

Nous aurons l'occasion de reparler de la prévention durant cette matinée, mais je souhaiterais surtout rappeler que les institutions de prévoyance ont à cœur de développer la prévention en entreprise, pour accompagner le salarié tout au long de sa carrière professionnelle et prévenir des risques plus ou moins lourds liés au vieillissement. La prévention en entreprise permet de toucher une population très large, de l'ouvrier au cadre supérieur. Ce type de démarche permet d'associer à la fois l'intérêt du salarié et celui de l'entreprise, puisqu'il a été montré qu'une entreprise agissant pour la santé de ses salariés en tirait des bénéfices à la fois en termes de compétitivité et de coûts de protection sociale. Mais surtout elle a un double impact. Au salarié aidant, elle permet d'adopter des comportements favorables à sa bonne santé et de mieux gérer son rôle auprès de son aidé sans s'épuiser. Aux salariés vieillissants ou présentant des risques de santé, elle leur apprend à adopter des modes de vie adaptés et favorables au bon vieillissement. A titre d'exemple, des changements apportés à la nourriture ou à la pratique d'activités physiques peuvent réduire les risques cardiovasculaires et leurs conséquences dans le grand âge. La prévention en entreprise mise en œuvre par nos institutions sert donc aussi à lutter contre la dépendance.

L'innovation au service de la lutte contre le mauvais vieillissement sera au cœur des débats de ce colloque, et je m'en réjouis. Les institutions de prévoyance ont pris la mesure de l'importance du numérique pour apporter des solutions innovantes aux problématiques liées à la perte d'autonomie. Elles soutiennent notamment des projets innovants comme le fonds SISA (Services Innovants aux acteurs de la Santé et de l'Autonomie), initié par l'ancienne Ministre Michèle Delaunay en 2015.

Il s'agit d'un fond qui participe au financement en fonds propres des PME de la Silver économie qui utilisent les technologies nouvelles pour répondre aux besoins des personnes âgées tout au long de leur vieillissement y compris en cas de dépendance. Aux côtés de BPI France, Klesia et Malakoff Médéric ont été chefs de file sur ce projet. D'ailleurs, nos groupes sont très actifs auprès des start-up innovantes de la Silver économie en essayant de privilégier des réponses adaptées à toutes les étapes de la vie de la personne vieillissante. Vous avez d'ailleurs peut-être pu assister en mars dernier à l'excellente conférence « Silverévolution » organisée par Malakoff-Médéric.

En ce début de quinquennat, nous nous réjouissons que notre nouvelle ministre de la Santé, Agnès Buzyn, ait annoncé des mesures qui vont dans le bon sens, avec notamment une volonté de renforcer l'aide aux aidants. Nous devons aller plus loin et nous saisir de ce sujet d'intérêt général : qui est légitime dans le monde paritaire et mutualiste, fort de ses valeurs communes, de sa connaissance du terrain et des acteurs, pour être force d'innovation et de propositions ? Il s'agit d'une question d'utilité publique.

C'est un sujet que nous devons traiter. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, du 28 décembre 2015, qui apporte plusieurs avancées, est un acte 1. Evaluer son impact figure ainsi parmi les priorités du Gouvernement. L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, l'APA, a notamment été réformée, son accès a été renforcé. La loi a aussi reconnu l'action du proche aidant en lui donnant une définition et lui reconnaissant des droits, ce qui constitue un réel progrès. Une nouvelle organisation et des financements supplémentaires pour la prévention de la perte d'autonomie ont été mis en place au niveau du département. Ces mesures constituent une première étape nécessaire, mais il faut désormais passer à l'acte 2. Pour construire cette nouvelle étape, nous, organismes paritaires et non lucratifs, avons un rôle à jouer.

Il est important que nous nous inscrivions dans le débat actuel afin de pouvoir être rapidement force de proposition. Le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age va bientôt publier un rapport sur la couverture de la perte d'autonomie par les financements privés, notamment l'assurance. Agnès Buzyn a d'ailleurs annoncé vouloir s'appuyer sur ces travaux pour poursuivre la réflexion sur le reste à charge de la dépendance. Le CTIP sera donc particulièrement vigilant aux conclusions de ce rapport. Des think-tanks comme La Fabrique d'Assurance ou encore la Chaire TDTE dirigée par Jean-Hervé Lorenzi réfléchissent aussi à des solutions, sur lesquelles nous sommes en veille. Je vous rappelle également que le Conseil d'analyse économique, dans sa note présentée en Conseil des ministres en octobre 2016, envisageait une assurance obligatoire pour la dépendance lourde ... En tant que représentant des organismes assureurs paritaires à but non-lucratifs, nous devons prendre part à la future réforme de la dépendance, en réaffirmant l'attachement particulier de nos adhérents à l'éthique et aux valeurs de solidarité et de respect des personnes.

Pour toutes ces raisons, je remercie la MFP Retraite et l'OCIRP de leur initiative. Le CTIP souhaite que cette rencontre soit un moment fort pour préparer l'avenir et nous donner ainsi les moyens de relever ensemble le défi du vieillissement démographique.

Patrick Lelong

Merci à **Jean-François Jean** et **Jean-Paul Lacam** pour ces propos introductifs.

Certains d'entre vous se souviennent peut-être d'un des albums du monument de la bande dessinée, Lucky Luke, intitulé Les Rivaux de Painful Gulch (1962). Dans la ville de Painful Gulch, les familles O'Timmins (à gros nez rouge) et O'Hara (à grandes oreilles) se font la guerre depuis des générations. Il faudra attendre le mariage entre un O'Timmins et une O'Hara pour que naisse l'enfant réconciliateur, qui deviendra non seulement le maire de Painful Gulch, mais aussi le sénateur du Texas. Bien sûr, cette histoire est une pure fiction : toute ressemblance avec deux grandes familles du monde non lucratif, la Mutualité et les institutions de prévoyance, serait une coïncidence. Pourtant, ces deux familles ont le nez pour sentir et les oreilles pour écouter notre société. Et l'objet de cette rencontre, vous l'aurez compris, c'est de les réunir, afin qu'elles puissent concevoir ensemble des réponses efficaces face à la perte d'autonomie. Pour faciliter un tel accouchement, il faudrait pouvoir rassembler un généticien, un docteur en médecine et un docteur en sciences. Or il existe un homme qui cumule ces trois compétences, l'homme qui tire plus vite que son ombre, visionnaire incontestable des combats de notre société pour un monde plus juste : Axel Kahn !

« L'accompagnement pour l'autonomie : un enjeu sociétal »

Par Axel Kahn

Docteur en médecine et docteur ès sciences, généticien, président de la Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap (FIRAH)

Tout d'abord, **Monsieur Lelong**, je vous remercie de m'avoir comparé à Lucky Luke plutôt qu'à Ma Dalton, deux intervenants tout à fait essentiels de cette histoire.

L'autonomie n'est pas qu'un mot. Ce n'est pas qu'une qualité qu'il faut s'efforcer de ne point perdre, ou alors à la perte de laquelle il faut faire face. L'autonomie est l'essence même d'une société démocratique. On appelle autonomie la capacité de réaliser soi-même ce que l'on a décidé, c'est-à-dire la capacité de le décider, de le vouloir et ensuite, de le réaliser. L'autonomie n'est pas l'isolement : l'on peut être aidé pour le vouloir et pour le réaliser, mais personne ne le veut et ne le réalise à notre place. L'article 1er de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 indique que tous les hommes naissent et demeurent égaux en droits. L'un de ces droits, inscrit dans la Constitution, est celui de participer à l'édification de la loi, c'est-à-dire de faire valoir son libre arbitre. Faire valoir son libre arbitre est par conséquent l'une des caractéristiques de la citoyenneté. Cette qualité de citoyen embrasse la totalité des membres de la communauté et est effectivement ce fondement de la société démocratique.

Il y a un risque, peut-être, alors même qu'il y a beaucoup de vertu, à intituler un colloque ou à le définir autour de la question de la perte d'autonomie, comme s'il s'agissait d'un objet que l'on risque de perdre. On sait qu'on l'a et après, on ne l'a plus. Naturellement, ce n'est pas ce qui pose le plus de problèmes. Le problème est de faire en sorte, quand on risque de le perdre, de ne pas le perdre tout à fait, qu'on l'ait encore et qu'en réalité, dans des conditions qui sont difficiles, l'on exerce la plénitude des attributs de la citoyenneté, c'est-à-dire d'un participant autonome à la vie de la cité, élément tout à fait fondamental.

J'aborderai les conditions où l'autonomie peut être menacée et où l'on doit aider les personnes qui sont sous le coup de cette menace dans différents contextes. Le premier est celui de l'autonomie d'une personne qui a parfaitement la capacité de savoir, d'interpréter, de décider, de vouloir, mais a perdu la capacité de réaliser elle-même ou de réaliser facilement. Il s'agit d'une situation particulière puisque souvent, cette incapacité de réaliser par soi-même est directement liée à des évolutions de la société et à une sorte de violence sociale. Lorsque dans des quartiers éloignés, dans de petites cités, de petits villages, une personne totalement autonome sur le plan intellectuel, qui parvient encore à faire tous les jours sa promenade d'un kilomètre, deux kilomètres ou quelques centaines de mètres, se retrouve sans magasins, sans bureau de Poste, sans pharmacien, sans médecin, cette personne, qui est parfaitement autonome pour gérer sa vie et qui le désire, pourra être amenée à être prise en charge par une institution. Il faut bien voir que cette situation, de plus en plus prégnante, pose un énorme défi de responsabilité à nos sociétés, puisque nous sommes dans ce paradoxe d'une société ayant le devoir de permettre à ses citoyens d'exercer leur citoyenneté et d'être autonomes, et qui crée à l'inverse, ou laisse se créer, les conditions de la dépendance, c'est-à-dire la véritable perte de l'autonomie.

Toujours dans cette interface entre l'autonomie et la dépendance, une autre circonstance, qui est essentielle lorsque l'on parle de risque de perte d'autonomie, est celle de l'aide, pour néanmoins la conserver autant que possible. L'autonomie n'est pas l'individualisme absolu où personne n'aide personne. Ce serait un total contresens que de l'imaginer. L'un des devoirs de la société est d'aider à être autonome, et l'un des devoirs individuels peut être également d'aider à être autonome. Il existe deux types de personnes qui se dévouent ou sont dédiées à aider les personnes menacées de perte d'autonomie sans pour autant tomber dans la dépendance. Ce sont les aidants familiaux, qui sont nombreux, et les aidants professionnels dédiés, corps qui doit se développer. La question du handicap en général, qu'il soit lié à l'âge, à des situations constitutionnelles ou à des accidents de la vie, est que la personne, citoyenne à part entière, personne à part entière, rencontre plus de difficultés que les autres pour accéder de manière autonome à l'éventail des attributs de la citoyenneté.

Elle a par conséquent besoin d'être aidée. Cet engagement individuel, le plus souvent familial, pour aider les personnes qui en ont besoin, et autant que cela est possible, à demeurer autonomes se développe, et l'on ne peut que s'en réjouir, à une condition néanmoins : que cela n'entraîne pas une forme d'épidémie de la situation de handicap, c'est-à-dire le moment à partir duquel l'aidant, dans l'engagement de sa générosité, devient lui-même handicapé pour profiter des attributs de la vie, de ses ressources, met en danger sa vie professionnelle, altère les conditions où elle ou il va accéder à la retraite, ce qui est fréquent chez les aidants de personnes âgées. C'est un enjeu considérable. Les aidants eux-mêmes sont en fort risque d'être eux-mêmes des personnes handicapées, et le handicap est directement lié à leur générosité. Handicapées à profiter de ce que la vie offre alors même qu'ils sont libres et égaux depuis leur naissance et qu'ils le demeurent. Je me réjouis qu'il y ait aujourd'hui une reconnaissance et une focalisation sur ce problème.

La personne handicapée peut également être aidée par tout un réseau d'aidants professionnels. J'ai cité le cas de personnes qui se trouvent dans une situation où le handicap est créé socialement par le bouleversement de l'environnement. Il existe aussi tous ces cas limite d'affaiblissement de l'entendement, de la mobilité, des perceptions, que le handicap soit constitutionnel, acquis ou lié à l'âge. Dans toutes ces situations, il existe plusieurs solutions, dont l'une est leur institutionnalisation, c'est-à-dire l'entrée de ces personnes handicapées en EHPAD, en maison de retraite ou dans d'autres institutions, suivant le type du handicap. Il existe des cas où des personnes en risque de perdre leur autonomie le demandent, pour différentes raisons, et il existe des cas où c'est manifestement la meilleure solution, la seule solution où elles pourront encore jouir de leur autonomie. Mais tel n'est généralement pas le cas, parce que l'autonomie demande en particulier la capacité et l'exercice de penser, de décider d'une stratégie pour agir.

Chaque fois que les personnes le souhaitent, le maintien à domicile est la meilleure des solutions. C'est la meilleure solution sur le plan physique, médical et psychologique, pour les personnes, mais aussi la meilleure sur le plan économique, pour la Nation. Par conséquent, il faut développer des solutions. Ces solutions existent et sont mises en œuvre, en partie par vos institutions. C'est le développement de l'aide en réseau, qu'il s'agisse de l'accès aux soins médicaux, aux magasins, à des lieux de réunion et d'animation, etc. Le bénévolat n'y suffit pas et une société où le risque de perte d'autonomie est appelé à croître est une société où l'on aura de plus en plus besoin d'aidants dédiés professionnels.

Dans une économie mondialisée, ouverte, où coexistent à la fois une production et une consommation de richesses primaires, la question des ressources allouées à une saine rémunération des aidants se pose. Cette question renvoie à un débat qui a animé la préparation de l'élection présidentielle 2017, le débat relatif à la taxation du travail humain et non humain. Ces aidants, qu'ils soient familiaux ou qu'ils soient dédiés, ont comme rôle d'accompagner les personnes afin qu'elles puissent rester autonomes le plus longtemps possible. Le mot « accompagnement » induit une ardente injonction éthique, qui se pose à tous les accompagnants professionnels, en réseau ou dans les institutions. L'étymologie du terme « accompagner » est d'ailleurs sans ambiguïté : cela vient de « partager le pain avec ». Or on partage le pain avec un pair et non avec une personne que l'on a en tutelle. Par conséquent, si l'accompagnant doit favoriser l'autonomie, il ne doit pas se substituer aux manifestations de l'autonomie. Cela est également vrai des décisions économiques que doivent prendre les responsables du management des institutions. Les temps sont durs. Les contraintes économiques sont réelles. Si jamais la solution trouvée est celle qui va diminuer l'investissement dans l'accompagnement au profit d'autres fonctions plus gestionnaires, plus opérationnelles, c'est simplement le sens profond de l'accompagnement qui est perdu.

Pour terminer, je voudrais vous dire la raison pour laquelle je suis très sensible à l'accompagnement, en tant que citoyen humaniste, je crois, désirant être solidaire et même au-delà, désirant être fraternel, en tant que professionnel ayant beaucoup travaillé sur des maladies qui entraînent un risque ou une réalité de perte d'autonomie. C'est d'ailleurs en tant que professionnel durant une grande partie de ma vie dans ce domaine que j'ai été amené à présider la Fondation internationale de recherche appliquée sur le handicap. Cette fondation a comme but, face aux difficultés du quotidien, de trouver par tous les moyens de nouvelles méthodes pour protéger, conserver, prolonger l'autonomie des personnes, c'est-à-dire, pratiquement, donner les moyens aux personnes les moyens de répondre aux objectifs posés par la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Pour atteindre ces objectifs, il existe une très bonne allocation des ressources, une excellente mobilisation de ce qui est disponible, mais cela ne suffit pas. On ne dispose pas de tout ce qui serait théoriquement nécessaire pour permettre aux personnes handicapées d'accéder à leur pleine citoyenneté. Par conséquent, il faut également faire de la recherche, afin d'améliorer la qualité, la quantité, l'efficacité des moyens disponibles. C'est le but de la fondation que je préside.

Table ronde : « Prévention et accompagnement : vers de nouveaux paradigmes »

Patrick Lelong

Journaliste économique et essayiste

En préambule, j'aimerais rappeler l'importance capitale du langage dans un domaine comme l'autonomie. En effet, les termes généraux de prévention et d'accompagnement induisent souvent une forme de restriction, des rôles un peu trop vite distribués et des cloisonnements qui freinent la bonne marche du progrès. En ce sens, si nous nous dirigeons vers de nouveaux paradigmes, ils ne doivent pas être artificiels. Qui est donc l'aidant d'aujourd'hui ? Où le trouver ? S'il a des devoirs, a-t-il aussi des droits ? La société tout entière aide-t-elle l'aidant ou bien se repose-t-elle sur lui, d'une certaine manière ? Les aidants ne relèveront-ils pas à l'avenir plusieurs générations ? Enfin, chacun est potentiellement concerné : on ne naît pas aidant, on le devient. Ce sont toutes ces questions que nous allons tenter d'aborder au cours de cette table ronde. Je me tourne vers vous, Jean-Manuel Kupiec, avec question sémantique : existe-t-il, pour vous, une contradiction ou une hiérarchie entre les termes de prévention et d'accompagnement ?

Jean-Manuel Kupiec

Directeur général adjoint de l'OCIRP

La question sémantique est déterminante. Ces termes de prévention et d'accompagnement, d'ailleurs, nous renvoient un peu aux trois fameux « A » de la loi préparée par Michèle Delaunay, déclinée en trois volets : « anticipation, adaptation, accompagnement ». De manière générale, nous avons de toute façon un réel problème de vocabulaire. Par exemple, nous ne parlons plus de dépendance, mais de perte d'autonomie ; nous évoquons les aidants, mais également les proches aidants. La prévention est sur toutes les lèvres et c'est légitime, car c'est un enjeu majeur. Nous évoquons souvent la prévention de la santé, mais il ne faut pas oublier la prévention des risques de la vie, de l'isolement ou encore du suicide des personnes âgées.

Derrière les mots, ces problématiques sociétales essentielles de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie sont en train d'émerger. La problématique de l'accompagnement des aidants (aidants familiaux ou, plus largement, proches aidants) est également émergente. Voici quelques chiffres significatifs sur ce sujet : les aidants sont au nombre de 8,3 millions de personnes en France. Ce sont majoritairement des femmes (à 62%), âgées de plus de 50 ans. 83 % d'entre eux appartiennent à la cellule familiale de la personne aidée. Ces aidants sont, à 47 %, des actifs. Ils représentent 15% de la population active. Il est à noter également que leur risque de mortalité, dans les trois années qui suivent le début de la dépendance du proche dont ils s'occupent, est en hausse de 60 %. Le risque d'altération de la santé mentale et physique, lui, est en hausse de 20 %.

Ces chiffres permettent de prendre la mesure du problème. Il s'agit d'une mutation importante de notre société, avec une dimension intergénérationnelle. Il peut exister une mais aussi deux générations entre l'aidant et l'aidé. Les aidants plus jeunes, entre 20 et 40 ans, sont souvent encore moins visibles. En tant qu'organismes à but non lucratif, nous avons donc un véritable rôle à jouer en nous concentrant peut-être davantage sur les aidants. Favoriser la prise en charge des aidants permettre d'assurer un continuum entre aidant et aidé et de progresser dans le décroisement. La question de l'autonomie et des aidants est un sujet de société, mais aussi un sujet de ressources humaines, puisque près de la moitié des aidants sont en activité professionnelle. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a permis une prise de conscience de ces enjeux. Ce texte évoque aussi la question du vieillissement des personnes handicapées, qui est longtemps resté dans l'ombre.

L'OCIRP, union d'institutions de prévoyance, travaille sur ces questions intergénérationnelles et sur le décroisement des modèles. Le Baromètre OCIRP Autonomie permet de suivre chaque année la perception que les Français ont de ces enjeux. Si la loi ASV constitue une avancée, elle reste insuffisante s'agissant du volet « financement ». C'est pourquoi les organismes non lucratifs doivent sûrement se montrer plus actifs. Il ne s'agit plus d'un sujet individuel mais d'un enjeu collectif. Nous avons donc toute légitimité à réfléchir ensemble sur ces thématiques.

Patrick Lelong

Nous avons donc, et c'est l'objet de notre table ronde, changé de paradigme.

Je me tourne maintenant vers **Emmanuel Roux**, Directeur général d'Aesio. Comment appréhender cette évolution ? Comment construire un nouveau modèle de prise en charge de la perte de l'autonomie ?

Emmanuel Roux

Directeur général d'Aesio

Après l'acte 1 posé par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, écrire l'acte 2, c'est aller plus loin et développer notre capacité collective à répondre à tous les enjeux et les défis qui ont été cités. Il existe aujourd'hui un double contexte extrêmement fort, à la fois du point de vue des politiques publiques et du marché, pour que les organismes à but non lucratif que nous représentons s'engagent résolument sur la voie de l'accompagnement et de la prise en charge de la perte d'autonomie. Sur le plan des politiques publiques, à travers l'alternative entre établissement ou maintien à domicile, les pouvoirs publics ont beaucoup à faire, notamment autour de la prise en charge en établissement. En effet, l'offre est saturée et très concentrée, les efforts sont inégalement répartis et l'attractivité des métiers de l'aide à la personne reste faible.

À cet égard, les pouvoirs publics ont encore à prendre ce sujet à bras-le-corps. Pour ce qui concerne le maintien à domicile, les enjeux de disponibilité, de proximité, de réactivité, de souplesse, donnent aux organismes à but non lucratif un rôle majeur à jouer. Le rapport du Conseil d'analyse économique indique que la durée quotidienne médiane de l'aide informelle est de 1 h 40, contre 35 minutes pour l'aide formelle, pour tous les niveaux de dépendance. Pour les personnes les plus dépendantes, c'est-à-dire les GIR 1 à 2, la durée est 5 h 15 au titre de l'aide informelle et 2 h 10 au titre de l'aide formelle. Ainsi, même si un équilibre doit être cherché entre ce qui relève de l'informel et du formel, l'aide informelle prend une place considérable dans notre société, et l'un des enjeux de nos organismes est de contribuer à l'organiser, à la structurer et à la soutenir.

Quant au contexte de marché, il est également extrêmement porteur pour nous, pour plusieurs raisons. On constate en effet qu'une réponse purement assurantielle peine à trouver sa place, du point de vue de l'assuré lui-même, parce qu'il est difficile de projeter à plusieurs années la couverture d'un risque qui peut ne jamais se produire. C'est aussi un problème d'anticipation temporelle pour l'assuré.

Or lorsque l'on entre en dépendance et que l'on est confronté à la perte d'autonomie, le risque est fort et il doit être pris en charge immédiatement. Par ailleurs, pour l'assureur, il est difficile de quantifier ce risque, de l'évaluer, de le tarifier et donc, d'apporter une réponse véritablement pertinente en termes d'offre d'assurance. Nous sommes des assureurs en santé et nous savons aussi que notre secteur est profondément bouleversé par le contexte de ces dernières années. Nous devons différencier nos offres et, au-delà de la dimension assurantielle de celles-ci, concevoir d'autres types de réponse que l'offre d'assurance. Ce contexte est donc très propice pour cet acte 2, tant du point de vue des politiques publiques que du marché lui-même.

S'agissant du changement de paradigme, pour aller plus loin, nos efforts, me semble-t-il, doivent s'articuler autour de trois grands axes. D'abord, nous devons appréhender la personne dans sa globalité de vie, dans ses relations familiales, puisque la notion de solidarité intergénérationnelle, qui a beaucoup de sens sur le plan assurantiel, en a encore plus sur le plan de l'accompagnement entre les parents et les enfants. On peut même faire évoluer la notion d'ayant-droit, parce que la personne qui cherche des solutions se repose énormément sur son entourage.

Nous devons également appréhender la personne dans son environnement professionnel. L'entreprise doit pouvoir organiser la disponibilité de l'aidant et tous les impacts que cela représente pour la vie de l'entreprise et sur le plan des droits sociaux, du droit du travail. On ne peut pas aborder cette question uniquement d'un point de vue sanitaire ou sociétal : il faut l'aborder dans la globalité de la réponse sociale. Par ailleurs, cela met l'accent sur les actions que nous devons mener en amont du risque. De ce point de vue, c'est un vrai changement de paradigme pour les organismes complémentaires, qui, historiquement, se positionnent après le risque, dans la prise en charge financière, lorsque le risque survient. Nous avons l'impératif de nous situer toujours en amont, qu'il s'agisse de lutter contre la sédentarité, les chutes, l'isolement, la dépression ou le repli sur soi.

Enfin, nous devons effacer les frontières entre les garanties classiques et ce qui relève de l'offre de services. C'est manifeste dans le champ de la mutualité, puisque nous sommes à la fois assureurs et offreurs, notamment autour de la télémédecine, parce que prendre en charge des consultations faisant appel à la télémédecine et apporter le service via nos propres établissements et nos personnels soignants qui peuvent réaliser pour notre compte ces actions de télémédecine, relève de la même approche.

À cet égard, nous avons une synergie très forte à instituer entre nos métiers d'assureur et d'offreur. Par ailleurs, l'abolition des frontières efface les différences entre les facettes de notre métier. Les opérateurs que nous sommes seront de plus en plus des assembleurs de solutions provenant de différents acteurs, et nous devrons de plus en plus tenir compte de la place centrale que va prendre l'assistance dans ces domaines, en guidant l'aidant, en lui apportant des éléments d'éducation thérapeutique vis-à-vis de l'aidé, en nous orientant de plus en plus vers ce que représente aujourd'hui la dépendance sociale et sociétale, et enfin, en organisant et en structurant le droit au répit, c'est-à-dire en faisant en sorte que l'aidant puisse aussi, à certains moments, souffler et ne pas pâtir de sa situation. Le dernier effacement, qui est assez bien concrétisé, aujourd'hui, porte sur le fait que quelles que soient les réponses apportées vis-à-vis des adhérents, à titre individuel, ou vis-à-vis des entreprises, l'ensemble des organisations à but non lucratif se retrouvent sur ces sujets. Nous avons, à cet égard, l'exemple même d'un effacement total de nos différences historiques, juridiques, institutionnelles, originelles, du point de vue de nos métiers et de nos responsabilités sociales.

Ces trois aspects m'amènent à dire que le changement de paradigme est absolument complet.

Patrick Lelong

Merci pour ce diagnostic. Si l'on se focalise un peu plus sur la question des aidants, que pouvons-nous faire pour qu'ils soient véritablement au centre de nos actions ? Les aidants sont-ils les parents pauvres de la société ? Je me tourne vers

Thomas Saunier : comment Malakoff Médéric envisage cette question ?

Thomas Saunier

Directeur général de Malakoff Médéric

Comme nous l'avons vu, les personnes en perte d'autonomie sont de plus en plus nombreuses. Or, après les aides, le reste à charge pour une place en EHPAD s'élève à environ 1 500€ par mois. Il est donc clair que cette solution ne peut convenir à la majorité. De ce fait, rester à domicile est une vraie solution (60% des personnes qui touchent l'APA restent à domicile). Dans ce cas, les aidants professionnels ou familiaux interviennent. On le sait, près de la moitié de ces derniers sont salariés.

Dans ce cadre, Malakoff Médéric, en tant qu'institution de prévoyance couvrant les salariés des entreprises, a identifié quatre axes d'actions concrètes : le handicap, le cancer, le retour à l'emploi suite à une longue maladie et l'aide aux aidants. En effet, 57 % des aidants passent plus de cinq heures par semaine avec une personne en perte d'autonomie et 18 % d'entre eux passent plus de 20 heures par semaine en aide. En outre, il est à noter que leur espérance de vie diminue en moyenne de dix ans et qu'il peut arriver qu'ils décèdent avant la personne à qui ils viennent en aide.

Grâce à une étude-miroir que nous avons menée avec les salariés et les entreprises qui les emploient, nous avons mis en exergue la véritable difficulté des salariés aidants à concilier leur vie personnelle et professionnelle avec leur engagement solidaire. Cette difficulté se situe à la fois au niveau organisationnel et psychologique. En effet, 56 % des sondés affirment avoir des problèmes d'organisation et 51 % déclarent souffrir psychologiquement de la situation. Enfin, ils sont 34 % à ressentir un véritable isolement social.

Tout cela a bien sûr un fort impact sur la vie professionnelle : on constate que l'absentéisme progresse et que, pour 75 % des salariés aidants, l'évolution de la carrière est incontestablement freinée puisqu'ils ont tendance à refuser les promotions qui leur sont proposées. Sachant que 42 % d'entre eux ne savent pas qu'il existe des congés spécifiques à leur situation et que 73 % ne sont pas informés sur les dispositifs proposés, nous voyons donc bien que la situation des aidants salariés est absolument catastrophique.

Les entreprises, quant à elles, méconnaissent très souvent le problème : une sur trois a connaissance de ses aidants et seuls 15 % d'entre elles ont mis en place un dispositif spécifique.

Face à ce constat alarmant, qui met en évidence à la fois le calvaire des aidants et le manque d'actions pour les accompagner, il est de notre devoir comme de notre responsabilité morale de sensibiliser les entreprises à ces questions, de les aider à mettre en place des solutions adaptées et d'accompagner les salariés dans leurs difficultés, qu'elles soient organisationnelles ou psychologiques.

Patrick Lelong

Merci pour cet éclairage. **Virginie Femery**, vous êtes la future directrice santé et prévention du groupe MIH (MGEN-ISTYA-Harmonie) pouvez-vous nous parler des nouveaux modèles de prévention et d'accompagnement que vous allez proposer ?

Virginie Femery

Responsable du programme Vivoptim de la MGEN

Je vais essayer de compléter les propos, les faits, les constats qui ont été exposés depuis l'ouverture de ce colloque. Une chose est sûre : il paraît nécessaire de définir, de concevoir et de mettre en œuvre de nouveaux modèles de prévention de la perte d'autonomie, très en amont du risque, de même que de nouveaux modes d'accompagnement des aidants et des personnes dépendantes, plus en aval. Ce changement de cap est favorisé par l'arrivée des nouvelles technologies : les applications mobiles, les objets connectés, les outils communautaires – la solidarité est très importante – les plateformes collaboratives et bien d'autres solutions techniques. Je ne prétends pas qu'il existe un nouveau modèle et un seul modèle d'accompagnement, mais il y a des prérequis, des principes que nous, organismes non lucratifs, devons intégrer dans les solutions que nous proposons à nos adhérents et aux entreprises, privées ou publiques, qui sont nos clientes. L'innovation dans les techniques, les pratiques, les organisations, de même que la recherche d'efficacité, font partie de ces principes. Nous devons intégrer le souci de l'équité. La MGEN teste cela depuis deux ans en concevant de nouveaux dispositifs de prévention et, notamment, le programme « Vivoptim », un dispositif d'e-santé qui gère les risques de santé et en particulier, les risques cardio-vasculaires. Une étude clinique a été menée sur 6 000 des 9 000 utilisateurs du programme, qui ont accepté que les données de santé collectées soient analysées non par nous, mais par des scientifiques, pour évaluer les bénéfices du dispositif. Un an après la mise en œuvre de celui-ci, nous constatons une perte de poids significative des adhérents pris en charge, une diminution ou une stabilisation de la pression artérielle, une diminution des hypertensions artérielles et une diminution du mauvais cholestérol. La combinaison de ces bénéfices de santé permettrait à 13 de nos 6 000 adhérents d'éviter un décès pour raison cardio-vasculaire à un horizon de dix ans. Dix ans, c'est long, mais sur toute une vie, c'est peu. Ces bénéfices conjugués permettraient également d'éviter 29 événements cardiovasculaires à ces 6 000 adhérents. Les décès sont un sujet grave, certes, mais les événements cardio-vasculaires, qu'il s'agisse de l'accident vasculaire cérébral, de l'infarctus du myocarde ou des maladies artérielles périphériques, génèrent souvent des séquelles, c'est-à-dire des incapacités, des invalidités et donc, la perte d'autonomie, la dépendance, etc.

Selon moi, il y a sept principes incontournables pour mener des actions efficaces. Le premier est la personnalisation. Il faut certes mettre en place de la prévention généraliste, mais ces messages de prévention s'avèrent insuffisamment efficaces, en tout cas en termes de gestion ou de réduction des risques et donc, n'ont pas d'impact favorable sur les dépenses de santé.

Ensuite, il convient de mieux cibler les problèmes de santé. Par exemple, au lieu de répéter sans cesse à une personne obèse qu'elle doit perdre du poids, ce qu'elle n'ignore pas, nous devrions axer notre réflexion sur de petits objectifs à lui fixer pour qu'elle préserve sa santé le plus longtemps possible et avec la meilleure qualité de vie possible. C'est une stratégie de petits pas tout au long de la vie.

Nous devons aussi avoir une approche multicanale. Depuis cinq ans, de nouvelles technologies apparaissent de façon assez pléthorique. Elles sont certes nécessaires pour proposer une personnalisation de nos dispositifs, mais elles ne sont pas suffisantes. Beaucoup de programmes, qui ne sont pas assez nombreux, aujourd'hui, le démontrent. Il faut les combiner avec des actions en présentiel. À la MGEN, nous avons la chance de pouvoir compter sur notre réseau militant, et notamment sur nos délégués de prévention jusque dans les localités les plus reculées, en zone rurale.

La e-santé doit être combinée avec du présentiel et également, avec un accompagnement humain, relationnel, un échange. Il s'agit de s'adosser à des plateformes médicalisées pluri-professionnelles associant infirmières, tabacologues, coaches sportifs, nutritionnistes et autres professionnels.

Le quatrième principe porte sur le design des parcours de prévention. Lorsque nous concevons de nouveaux modèles de prévention, nous devons intégrer les parcours de santé, les parcours de vie, afin qu'ils prennent davantage en compte les éléments du parcours de soins, dans l'idée de proposer un continuum de services et d'accompagner le parcours de vie de la bonne santé à la maladie. La plateformesation semble être la solution la plus efficace. Elle offre, dans un même univers, un ensemble de briques de services à l'intérieur de ces programmes de prévention et un continuum de services sans couture.

Il est peut-être temps, aujourd'hui, de « siloter » nos services et nos propositions à nos adhérents par thématique, par âge ou par situation. Notre dispositif propose à une personne de pouvoir s'évaluer, s'informer, contrôler ses connaissances, être accompagnée par les outils digitaux comme l'e-learning et par téléphone, d'être en mesure de suivre ses données, par exemple celles qui sont collectées par les objets connectés.

Un autre principe est le suivi sur le long terme. Il est essentiel. C'est peut-être la lacune que présentent les programmes thérapeutiques, dont on sait qu'ils sont efficaces, mais dont les bénéfices en santé se réduisent fortement, voire complètement, six mois ou un an après leur terme. Proposer un coaching sur trois mois est efficace et motivant. Mais si l'on veut pérenniser cela et donc, produire un impact sur la gestion des risques de santé ou des risques en termes de prévoyance, plus globalement, des solutions doivent être proposées : notifications, appels de suivi... Il existe plusieurs formes possibles de prise en charge dans la durée.

Enfin, nous, organismes non lucratifs, nous pouvons être un modèle et faire valoir nos modèles à l'extérieur auprès des organismes institutionnels tels que la DGS ou la DSS. Il s'agit d'évaluer nos dispositifs et d'avoir, très amont de nos programmes de prévention, une réflexion sur les données que nous collectons, données déclaratives, données biologiques, données de santé, nombre de pas effectués, etc., sur la manière de les faire discuter entre elles pour que cela ait du sens et que l'on puisse ensuite apprécier l'efficacité, le ROI [retour sur investissement] de nos dispositifs de prévention. En respectant ces principes, on parvient à montrer l'efficacité clinique, sociologique, anthropologique, mais aussi économique de la prévention.

Pour conclure, il existe effectivement de nouveaux paradigmes. Il serait dangereux de ne pas s'appuyer sur toutes ces nouvelles technologies. Mais faisons-le avec éthique, dans le respect de la vie privée de nos adhérents, parce que les mutuelles ou les institutions de prévoyance sont très attaquées quand il s'agit de collecter les données de santé.

Patrick Lelong

Merci pour l'exposé de ces principes d'action. Jérôme Saddier, vous avez entendu ce qui a été dit sur la prévention et l'accompagnement, alors j'ai envie de vous poser cette question sous forme de boutade, mais la forme et le fond se rejoignent : est-ce qu'il faut « booster » sa grand-mère ou tout simplement lui permettre de mieux vivre « le premier jour du reste de sa vie », comme dit la chanson d'Étienne Daho (2001) ?

Jérôme Saddier

Directeur général de la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT)

Personnellement, j'aurais du mal à « booster » mes grands-mères, parce que je n'en ai plus depuis longtemps. Permettez-moi d'abord de souligner le paradoxe consistant à parler de « perte » d'autonomie dans une société qui, au contraire, pousse toujours plus ses citoyens à gagner en autonomie. C'est un progrès de notre société : chacun cherche à gagner en autonomie dans le cadre de son travail, de sa famille, de ses conditions sociales, etc., et ce n'est pas sans conséquence sur la manière dont ils perçoivent ensuite la perte d'autonomie. C'est non seulement une perte de dignité, mais c'est aussi une forme de déclassement par rapport aux ambitions individuelles que l'on avait ou aux liens que l'on peut avoir coupés avec sa famille, plus ou moins brutalement... On a cherché toute sa vie à gagner en autonomie et on peut se retrouver confrontés à la perte d'autonomie, soit pour soi-même, soit parce que l'on est l'aidant potentiel de quelqu'un d'autre.

Ce premier paradoxe est une réponse à la question que vous me posez parce qu'il peut arriver un moment où finalement, on n'est plus en situation de « booster » qui que ce soit, parce que l'on a eu des ruptures, dans sa vie, qui ne le permettent pas.

Par ailleurs, j'aimerais rappeler que la perte de l'autonomie ne concerne pas que la dépendance des personnes âgées. Elle peut en effet se manifester à n'importe quel moment de la vie, frapper des gens de tout âge, de toute condition, et pour beaucoup d'autres raisons que la dégénérescence physique ou mentale. Les accidents de la vie sont de toute nature. Les réponses ne sont pas les mêmes, ni en termes financiers, ni en termes d'organisation, ni en termes d'accompagnement. Elles ne se situent pas nécessairement dans l'exposé des grands problèmes démographiques et financiers qui accompagnent le phénomène.

Certes, les réponses assurantielles existent. Elles sont forcément incomplètes. À la MNT, depuis trois ans, nous avons inclus dans notre garantie santé une rente de 100 € par mois, plus un petit capital de départ de 843 € pour permettre à une personne de s'équiper, mais ce n'est évidemment pas suffisant. Je me demande même parfois s'il était utile d'avoir mis ce dispositif en place. Cela ne peut pas être la réponse.

Si la réponse était seulement assurantielle, de toute façon, j'ai la conviction qu'elle ne se ferait pas de notre propre initiative. Nous ne trouverons pas tout seuls tous les moyens nécessaires pour apporter des réponses assurantielles. Il ne peut pas y avoir de réponse en dehors de la solidarité nationale. Certains pourraient se gausser si je disais que le revenu universel serait une partie de la réponse, mais je n'insisterai pas sur le sujet. Si je pense que les réponses ne sont pas uniquement assurantielles, c'est parce que je l'ai vécu moi-même : dans certains cas, ce n'est pas qu'une question d'argent. Il faut savoir à qui parler, où chercher de la ressource, trouver le bon numéro de téléphone, et ce n'est pas aussi simple qu'il y paraît. Je n'incrimine aucune mutuelle ou institution de prévoyance en particulier, mais on peut se retrouver dans une situation de détresse sur le plan psychologique et consécutivement, sur le plan physique, lorsque l'on ne trouve pas à qui parler, pour des questions très simples, telles que vouloir prendre une après-midi pour aller faire des courses. Au-delà de la question de savoir si nous offrons les bonnes prestations, bien tarifées, assorties d'un accompagnement, si nous ne sommes pas capables de prendre en charge des préoccupations aussi concrètes, nous ne serons pas tout à fait au niveau.

D'autres réponses existent, qui sont de nature sociale, et qui sont aussi des réponses générales au-delà des réponses individuelles. Le gouvernement déclare qu'il faut repenser le système de santé en mettant la prévention en avant. Il n'est pas le premier à le dire, me semble-t-il. Sera-t-il le premier à le faire ? Pour y parvenir, en tout cas, il faudra passer à la vitesse supérieure. Je suis persuadé que la prévention n'est pas un comportement naturel. De même, je ne suis pas certain que la solidarité soit un sentiment naturel. Cela se construit. Des écosystèmes ont été construits qui ont permis de mettre en place de la solidarité. Elle était d'abord contrainte et aujourd'hui, elle est plutôt acceptée, puisque spontanément, les gens que l'on interroge répondent qu'il faut des réponses solidaires. Il en va de même pour la prévention : je ne pense pas que nous ayons des comportements naturellement préventifs. Il faut réussir à construire l'écosystème qui permettra de faire évoluer les comportements vers cette prévention, et cela ne peut pas consister à dire à un obèse qu'il faut maigrir. Non seulement il en est conscient, mais de plus, il ne sait pas comment faire et parfois, il a dû mal à assumer l'échec. Je ne suis pas sûr non plus que nous soyons toujours de très bon conseil, d'ailleurs. Il s'agit de parvenir à rendre cohérent tout ce que nous faisons dans l'environnement familial, professionnel, social, dans les dispositifs naturels qui existent dans la vie de tous les jours.

À cet égard, que ce soient les pouvoirs publics ou les assureurs, nous sommes plutôt en retard et nous avons à travailler cette approche des parcours de vie. Nous allons nous y employer, avec le groupe MIH, pour que dans chacune de nos mutuelles, nous cumulions tous nos savoir-faire respectifs afin d'investir massivement sur la construction de parcours de vie qui donneront du sens à nos services et à nos messages.

La question a été posée de savoir si les aidants étaient les parents pauvres de la société. Ils le sont assurément, même s'il existe des dispositifs, qui sont méconnus. Dans l'entreprise que je dirige, nous communiquons très peu sur ces dispositifs. Je règle des cas individuels parce qu'ils me sont signalés, mais ce n'est pas un sujet de dialogue social. Ce sont des sujets qui sont soit obscurs, soit anonymes. Nous avons à progresser sur la question. De fait, il existe déjà un statut des aidants. Est-il suffisant ? Pour répondre à cette interrogation, il faudrait savoir s'il est correctement utilisé.

Je ne suis pas sûr que la question ait été explorée. Mais malgré leur nombre, il me semble que c'est la société qui est pauvre en aidants, au-delà du fait que les aidants sont les parents pauvres de la société. Elle est pauvre en aidants au sens où l'on n'encourage pas non plus leur engagement, ne serait-ce que sur le plan philosophique.

Pour conclure, les mutuelles ont un rôle en matière de prestations d'assurance, de services, d'accompagnement, d'assistance. Je suis persuadé qu'elles ont aussi un rôle d'assemblage. En tout cas, si elles ne sont pas capables d'entretenir le lien de proximité physique, intellectuelle ou sociale qu'elles prétendent avoir avec leurs adhérents pour assumer leur rôle, c'est qu'elles ont un problème. Elles doivent être capables, aujourd'hui, d'aller au-delà de la seule réparation, d'aller au-devant de leurs adhérents, parce qu'elles ont connaissance de la survenue d'un accident, d'une prise en charge particulière et donc, qu'elles savent qu'il y a un risque de perte d'autonomie, au moins partielle. Elles doivent mobiliser les informations et les moyens dont elles disposent pour traiter les choses en amont, pour être au rendez-vous. En tout cas, je suis persuadé qu'il ne faut pas attendre de réponse étatique : elle a peu de chances d'arriver. Ce sont les mutuelles qui doivent inventer, que ce soit individuellement, dans leur groupe de protection sociale, leur groupe mutualiste ou à plusieurs, ce qu'il faut donner à la société. Lorsque nos mutuelles ont été créées, nous n'avons pas demandé à l'État ce qu'il fallait faire : nous avons agi.

Aujourd'hui, nous avons non seulement l'intelligence, mais même quelques moyens financiers pour le faire.

Patrick Lelong

Ce que vous dites est très pertinent, en particulier sur la question de la solidarité. Nous devons aider l'aidant, mais également favoriser la création du lien social à l'intérieur même de la société. Cette interrelation permanente semble essentielle à la bonne compréhension du problème. Je vous pose donc la question à tous : que pouvons-nous faire de plus ?

Thomas Saunier

Directeur général de Malakoff Médéric

Nous sommes tous d'accord pour dire que la problématique autour des aidants est décisive, mais avant de parler d'innovations, il me semble que nous oublions qu'il existe déjà un certain nombre de propositions concrètes issues de plusieurs institutions et qu'elles sont méconnues. Néanmoins, l'innovation c'est l'usage et si elle n'est pas utilisée, elle ne sert à rien.

Ainsi, je crois qu'avant de construire de nouveaux dispositifs, nous devrions déjà, collectivement, valoriser ceux que nous avons mis en place et qui sont complets et sérieux et faire en sorte que leur taux d'utilisation soit supérieur. L'indicateur principal doit être le taux d'utilisation des offres déjà mises à disposition.

Virginie Femery

Responsable du programme Vivoptim de la MGEN

J'ajouterai aux propos de Thomas Saunier qu'il faut communiquer à nos adhérents pour qu'ils sachent que les dispositifs existent et les accompagner dans leur usage. L'une des raisons principales qui expliquent que nos dispositifs sont peu ou pas utilisés est relative à des freins technologiques. Nous devons aussi améliorer notre communication vis-à-vis des professionnels de santé, qui peuvent favoriser l'usage des dispositifs en prescrivant nos solutions. Il nous faut être plus incisifs ou mieux communiquer sur notre positionnement : nous ne sommes pas les concurrents des médecins libéraux. Nous intervenons en périphérie de la maladie et nous travaillons sur les facteurs de risque. Nos interventions sont complémentaires de leurs actions de soin et je crois que nous devrions vraiment essayer de travailler plus en harmonie avec eux.

Emmanuel Roux

Directeur général d'Aesio

Pour passer des intentions aux actes, nous avons à travailler sur trois grands axes. D'abord, notre modèle économique, qui est très tourné vers la complémentaire santé, doit être repensé pour nous permettre de devenir des assembleurs de services, des opérateurs de mise en réseau. Nous devons aussi intégrer et structurer davantage notre capacité à répondre par l'offre de soins.

Ensuite, il faut revoir notre gouvernance. Notre ADN mutualiste est certes fondé sur la notion de communauté, de responsabilité, d'autonomie, de capillarité sociale, territoriale. Nous sommes capables de de capter les besoins sociaux, d'inventer de nouvelles réponses. Mais c'est à la condition que notre gouvernance soit le réceptacle, le creuset, le lieu d'élaboration de ces réponses collectives. À cet égard, le modèle mutualiste peut se ressourcer en accueillant dans sa gouvernance toutes les forces sociales, sanitaires et sociétales susceptibles de co-construire ces solutions.

Enfin, nous devons avoir une capacité d'innovation, qui suppose d'avoir une puissance d'investissement et de déploiement de ces investissements sur des populations extrêmement importantes. Le ROI est fondamental. Nous avons aujourd'hui cette difficulté : nous sommes très innovants sur le plan intellectuel, très créatifs en matière d'offres, mais nous avons sans doute besoin de passer à la vitesse supérieure dans la capacité financière d'investissement et dans la capacité de le déployer. Cela suppose aussi que les acteurs réfléchissent à la manière de mutualiser leurs forces, notamment à travers les conventionnements et les réseaux. Nous avons à agir par nous-mêmes, mais nous avons aussi à agir ensemble.

Jean-Manuel Kupiec

Directeur général adjoint de l'OCIRP

A mon sens, trois axes de réflexion importants sont à prendre en compte.

Le premier concerne la distinction faite par la loi entre « proche aidant » et « aidant familial ». Si nous considérons les études et les chiffres disponibles, il est possible que, demain, nous manquions d'aidants familiaux.

Le deuxième axe, c'est l'accès à l'information et aux droits. Je vous renvoie à une étude récente de la DREES qui rappelle que le non-recours à l'APA à domicile par les personnes en perte d'autonomie pourrait approcher un taux de 30%. Enfin, les branches professionnelles ont certainement un rôle à jouer, avec les organismes non lucratifs, dans le domaine de l'autonomie. L'autonomie peut être considérée comme relevant de la prévoyance. Je pense que si les entreprises ont aujourd'hui une grande latitude pour gérer le risque santé, les branches professionnelles ont vocation à mettre en avant ce qu'elles proposent aux entreprises et aux salariés en matière de prévoyance et d'autonomie, y compris en matière de prévention. Les organismes à but non lucratif ont donc bien une légitimité dans ce champ et il faut développer l'information sur ce sujet.

Les données de santé : évolution du cadre réglementaire et mise en place du SNDS

Présentation d'Alexandre VAINCHTOCK, dirigeant de la société HEVA, membre personnalité qualifiée de l'AG de l'Institut national des données de santé (INDS).

Patrick Lelong

Nous allons maintenant évoquer les « datas de santé », avec **Alexandre Vainchtock**, pharmacien, économiste et co-fondateur de **HEVA**. Il va nous parler de l'**Institut national des données de santé** (ou INDS). Pouvez-vous d'abord nous expliquer à quoi il sert et ce que nous pouvons en attendre ?

Alexandre Vainchtock

Dirigeant de la société HEVA, membre personnalité qualifiée de l'AG de l'INDS

J'aimerais d'abord remercier l'**OCIRP** et la **MFP Retraite** de m'avoir sollicité. Mon intervention, ponctuée par vos questions, se structurera autour d'une présentation de l'INDS, d'un état des lieux sur les données de santé et des perspectives que nous pouvons envisager.

L'article 193 de la loi de modernisation du système de santé, votée le 26 janvier 2016, a mis en place l'INDS, parallèlement à la mise en place du CEREES, le Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé, afin de fluidifier et d'accélérer les processus d'accès aux données et de libérer les tâches de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). L'objectif est aussi de développer des procédures simplifiées d'accès aux données, à savoir des méthodologies de référence, un accès facilité pour des échantillons de données et des recours à des autorisations uniques pour des études similaires. Néanmoins, les conditions d'accès à ces données sont assez strictes et la loi a établi une double exigence éthique : d'une part, l'usage de ces données doit répondre à un intérêt public et d'autre part, leur usage aux fins de promotion des produits de santé à l'égard des professionnels et établissements de soins ainsi que pour exclure des garanties ou aux fins de sélection du risque est interdit. Ces deux finalités interdites visent donc les industries de santé et les organismes complémentaires d'assurance maladie.

L'accès physique à ces données est également défini. Tous les organismes qui poursuivent une mission d'intérêt public, tels l'INCA ou l'ANSM, ont un accès de droit et de fait. Pour tous les autres acteurs, il n'y a plus de dualité entre public et privé (chercheurs ou acteurs privés). Il s'agit d'un véritable changement. N'importe quel acteur, public ou privé, peut donc accéder à ces données dès lors qu'il répond aux exigences d'intérêt public et de respect des finalités interdites.

Enfin, pour rassurer les autorités mais aussi les individus, des contraintes de sécurité, de traçabilité et d'intégrité sont imposées pour travailler sur ces données dans des environnements sécurisés, avec un référentiel préalablement défini.

La loi prévoit également, à côté du motif d'intérêt public, un certain nombre de finalités, qui, chacune, ont un lien avec la prévention : information sur l'offre de soins et la prise en charge médico-sociale, mise en œuvre des politiques de santé, connaissance des dépenses de santé, information des professionnels ou des établissements de santé ou médico-sociaux sur leur activité, surveillance sanitaire et enfin, la recherche, les études et l'innovation dans le domaine de la santé. Cette loi est donc suffisamment précise dans les finalités qu'elle prévoit pour l'usage de ces données.

Patrick Lelong

Cette liste peut aussi susciter quelques inquiétudes. N'est-il pas dangereux, même s'il y a des garde-fous, de savoir presque tout sur son voisin ou son concurrent ? D'autre part, ce système ayant une visée prédictive, ces prédictions peuvent certes être pour le meilleur, mais posent la question de la sécurité et de la préservation du jardin secret de chacun.

Alexandre Vainchtock

Dirigeant de la société HEVA, membre personnalité qualifiée de l'AG de l'INDS

D'abord, les données de santé de ce système ne sont en aucun cas nominatives. Ce ne sont que les données de remboursement de l'assurance maladie, les données des hôpitaux, au travers du PMSI, le programme de médicalisation des systèmes d'informations, les données du SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie). Il est prévu d'intégrer à la fin de l'année les données du CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales décès), qui permettront de croiser les données de l'assurance maladie avec les causes médicales de décès. L'an prochain, les données de la CNSA relatives au handicap et à la perte d'autonomie seront intégrées et nous espérons qu'en 2019, il y aura un échantillon de données des organismes complémentaires. Par conséquent, en aucun cas, dans ce système, on ne retrouve de données de son voisin.

Ensuite, l'accès à ces données de santé est conditionné par la validation de l'INDS, du CEREES et de la CNIL. Il est prévu aussi de croiser ces données avec d'autres données, comme celles des registres des maladies rares ou des données cliniques et ainsi, de pouvoir rapprocher de données médicales des données médico-administratives pour aborder l'aspect relatif au financement et au coût des prestations.

L'INDS peut se prononcer sur l'intérêt public, qui induit la communication et la publication aux autorités, voire au grand public, des résultats de toute étude réalisée. Le comité stratégique de filière réfléchit actuellement à la façon de l'organiser. La communication à l'INDS ne pose pas de souci, puisque celui-ci est soumis au secret professionnel. Mais il y a aussi une volonté que le grand public puisse se connecter sur le site de l'INDS, comme cela se fait dans les pays anglo-saxons. Or un payeur complémentaire qui met en place une stratégie de prévention ou de prise en charge ne souhaite pas forcément que son concurrent en ait connaissance immédiatement. Il convient donc de trouver un équilibre entre la préservation de l'intérêt privé des acteurs impliqués dans la prise en charge, d'une part, et l'intérêt public et le bien collectif, d'autre part.

On a pu, ici ou là, entendre l'expression d' « usine à gaz ». Or pour la première fois à ma connaissance, les choses sont désormais très carrées. Lorsqu'un acteur désire mettre en place une étude, il doit déposer un dossier à l'INDS, qui aura sept jours pour l'étudier et le transmettre au comité d'expertise. Son interlocuteur de l'INDS transmet ensuite le dossier au CEREES, qui dispose d'un mois pour se prononcer sur la validité du protocole et sur les finalités de l'étude. Il est à noter que l'absence de réponse vaut acceptation. En cas d'urgence sanitaire, des « fast-tracks » seront mis en place. Le dossier revient ensuite à l'INDS pour être transmis à la CNIL, qui a deux mois pour se prononcer. Il arrive que les délais soient plus longs, mais le système s'améliore au fur et à mesure. Enfin, l'INDS peut s'autosaisir dans le cadre de l'intérêt public.

Patrick Lelong

Vous nous exposez la situation française : sommes-nous des pionniers en la matière ?

Alexandre Vainchtock

Dirigeant de la société HEVA, membre personnalité qualifiée de l'AG de l'INDS

Pour une fois, je crois que nous pouvons nous réjouir car nous sommes en avance sur les autres pays. En France, en effet, les informations sont centralisées. Un seul organisme centralise l'ensemble des données de remboursement, ce qui permet de travailler sur l'ensemble de la population française. Ainsi, nous n'avons pas à nous interroger sur la question de la représentativité, puisque nous sommes exhaustifs. Par ailleurs, il n'y a pas de sélection a priori des acteurs. En Allemagne, par exemple, si vous pouvez accéder aux données de séjour, vous n'avez en revanche pas accès aux données des patients. Il est donc impossible de travailler sur les caractéristiques de patients souffrant d'une même maladie. L'IGES, l'institut qui gère les données allemandes, travaille pour l'État allemand et les caisses locales des Länder, mais en aucun cas les acteurs privés ne peuvent accéder à ces données. Ils peuvent passer un accord avec une caisse locale, mais dès lors, ils n'auront qu'un échantillon. Aux États-Unis, on peut avoir accès au système Medicare-Medicaid avec la base CMS, mais il ne permet pas de mener une étude sur l'ensemble des données, parce qu'il faudrait travailler également avec Blue Care, Blue Cross Blue Shield, avec Kaiser Permanente, etc. La difficulté pour monter une étude exhaustive est donc considérable. En France, au contraire, la mise en place de l'INDS et les données contenues dans le SNDS permettent de travailler sur un champ exhaustif.

D'autre part, sachant que la loi a été votée en janvier 2016, j'estime que nous avons su construire assez rapidement un système efficient. Depuis le début de l'année 2017, les étapes se sont enchaînées. Le référentiel de sécurité a été publié. L'INDS a officiellement été mis en place en avril dernier, le premier conseil d'administration a eu lieu en juin. Le CEREES a nommé son président au début du mois de mai. Le référentiel relatif aux bureaux d'études et laboratoires de recherche, qui précise tous les critères de confidentialité d'expertise et d'indépendance, a été publié le 25 juillet dernier. Voici à peine plus d'une semaine, la plateforme de l'INDS a été ouverte pour que l'on puisse déposer des demandes d'accès aux données. Les premiers dossiers seront étudiés par le CEREES à la fin du mois de septembre. L'INDS et le comité d'expertise travaillent sur la doctrine de l'intérêt public, pour définir ses limites. Nous savons qu'il existe une zone grise. Le comité stratégique de filière, au ministère, se penche sur les procédures d'accès simplifiées. Il est important pour les bureaux d'étude de pouvoir continuer à travailler de manière pragmatique.

Nos perspectives sont réjouissantes. Nous disposons d'une très importante diversité des données stockées dans ce système national, mais nous devons élargir le champ et y intégrer les données relatives aux risques naturels, à l'environnement socio-économique ou encore à la météorologie, par exemple. Nous avons ainsi travaillé avec l'AP-HP sur un projet pour croiser leurs bases de données des urgences avec des facteurs environnementaux tels que les chutes de neige, les matches de football, etc., pour anticiper les afflux au pôle des urgences et renforcer les effectifs. Les volumes de données que nous sommes amenés à traiter sont considérables. Nous travaillons quotidiennement sur plus de 350 millions de séjours hospitaliers. Entre 2006 et 2016, ce sont 350 millions de séjours et 70 à 80 millions de patients hospitalisés. Ces grands volumes de données couplés à la puissance de l'outil informatique fournissent à des techniques statistiques relativement anciennes, comme le data mining, une seconde jeunesse parce qu'elles permettent d'anticiper grâce aux techniques de machine learning et de process mining. On traite ces grands volumes de données, on identifie des profils de patients et la surexpression de certaines caractéristiques qui permettent de prédire. Avant de prévenir, il faut prédire. Lorsque l'on travaille sur le parcours de santé, on peut identifier des points clés dans la prise en charge. La donnée permet de voir que parce qu'un patient exprime telle ou telle caractéristique, il présentera une surexpression, il subira une hospitalisation ou il générera un surcoût de prise en charge.

En présentant sa stratégie nationale de santé, la semaine dernière, la ministre a martelé le mot «prévention». On ne peut faire de prévention sans l'usage de ces données et des données des acteurs de l'assurance complémentaire. En les rapprochant, cela permettra d'éclairer aussi le décideur sur le deuxième mot à la mode, le « parcours de soins », parce que pour élaborer un parcours de soins, il faut d'abord le décrire. Auparavant, les décideurs fondaient leurs analyses sur des avis d'expert, et ces avis étaient souvent contradictoires. Aujourd'hui, les analyses d'une base de données de plusieurs millions de patients, qui sont en outre les données de l'Assurance maladie, ne peuvent être remises en cause. Je pense que la France peut porter une filière des données de santé au niveau européen. Cela permettra de rassurer les autorités vis-à-vis des GAFAs, puisque les data de santé sont assimilées au « big data » et aux GAFAs. Mais les données dont je vous parle ne sont pas des « big data », mais des « smart data ». Ce sont des données extrêmement complexes et donc, sensibles. C'est la raison pour laquelle ce système et cet Institut national des données de santé ont été mis en place.

Patrick Lelong

Je voudrais savoir qui contrôle les contrôleurs, c'est-à-dire qui vous contrôle.

Alexandre Vainchtock

Dirigeant de la société HEVA

La loi prévoit d'une part une commission de sécurité, hébergée au sein de l'INDS et gérée par la CNAM et d'autre part, un comité d'audit, sous la responsabilité du Haut fonctionnaire de défense et de sécurité. Ce comité mettra en place les audits, qui seront réalisés par la CNIL, et assurera la publication de leurs résultats.

Table ronde : « Numérique et nouvelles technologies • une (r)évolution pour la perte d'autonomie »

Patrick Lelong

Journaliste économique et essayiste

Nous allons maintenant évoquer la question du numérique et des nouvelles technologies. Nous l'avons constaté à de multiples reprises dans l'histoire humaine, les révolutions génèrent des paradoxes plus ou moins importants. Les révolutions ne font pas que des gagnants : elles font aussi des malheureux. Jean-Louis Davet, je me tourne vers vous : pensez-vous que ces évolutions numériques et technologiques risquent d'être un prétexte à un moindre degré de responsabilité collective ?

Jean-Louis Davet

Directeur général délégué du Groupe MGEN/ Istya /Harmonie

Je ne répondrai pas directement à la question de savoir s'il s'agit d'une évolution ou d'une révolution. Je propose de dégager d'abord les grandes tendances et de faire la part des choses pour nous, organismes mutualistes et autres organismes non lucratifs présents en matière de santé et de perte d'autonomie.

Il est certain que les contours de nos différents métiers se redessinent à l'aune des évolutions technologiques. « Big data », objets connectés, intelligence artificielle, assistants de vie concernent chacun d'entre nous et révolutionnent le monde médical. On ne parlerait pas de séquençage du génome et d'affinage de la connaissance des déterminants de santé si ces technologies numériques n'existaient pas. Le cabinet Gartner publie régulièrement des études à ce sujet. Sa fameuse high curve, la courbe de maturité, a atteint son acmé. Nous sommes au pic de toutes les attentes et promesses que l'on peut espérer et traditionnellement, après un pic, il se produit dégringolade et l'on revient à des choses plus rationnelles, plus raisonnables, qui permettent de construire des modèles économiques viables. Certaines technologies commencent à tomber un peu. C'est le cas de la blockchain. Cette révolution induit forcément une révolution de nos métiers.

La meilleure identification des déterminants de santé au niveau individuel a bien entendu des impacts pour les assureurs en santé, mutualistes ou non, les acteurs de prévention et les fournisseurs de services. On observe également la création d'une véritable filière de croissance dans le domaine de l'e-santé, qui se traduit notamment par des interférences de plus en plus nombreuses entre tous les professionnels concernés. Hier, les discussions entre un médecin, un data scientist et un hébergeur de données étaient assez rares. Aujourd'hui, cette révolution culturelle est en marche et l'on ne peut que s'en réjouir.

Si l'on se situe dans le monde concurrentiel, dès lors que l'on parle de l'économie numérique, la chaîne de valeur est assez large et dès lors que l'on parle de données, il y a partout des gens qui, quelle que soit leur activité, captent des bouts de données. On assiste aujourd'hui à une guerre concurrentielle où finalement, le moindre opérateur qui sera présent sur sa chaîne de valeur se sentira légitime pour traiter les questions de santé. Il en résulte que désormais, tout le monde opère sur la santé. Il y a là nécessairement une différenciation à chercher.

Deux grandes questions m'apparaissent primordiales pour nos organismes. Premièrement, est-ce la fin des solidarités ? Va-t-on tuer l'assurance, la mutualisation ? On oublie parfois que la détermination très fine de la connaissance de l'individu laisse néanmoins un aléa. Il y a donc toujours de la place pour l'assurance.

Quand bien même nous serions plus regardants sur notre acceptation de mutualiser ces risques avec un autre, nous pouvons créer d'autres formes de mutualisation, notamment par les services.

En matière de perte d'autonomie, par exemple, une personne peut refuser de souscrire un contrat pour ses parents parce que leur risque de dépendance est faible et qu'elle n'a pas envie de payer pour d'autres qui sont quasiment déjà à l'état de dépendance. La connaissance un peu plus fine de la santé peut amener à être plus distant par rapport à cette mutualisation forcée. Néanmoins, dans le monde d'aujourd'hui, on ne voit pas décroître le sentiment de solidarité. Cette solidarité peut se reconstruire avec de nouveaux services.

On peut tout à fait refuser l'adhésion de son parent à un contrat d'assurance mais accepter de faire partie d'une communauté où les gens vont s'informer les uns et les autres si leur parent, peut-être atteint d'Alzheimer, quitte son domicile et disparaît. Ce sont d'autres formes de solidarité qui peuvent être combinées. Le débat sur la mort annoncée de l'assurance ou sur l'hyper-segmentation que pourraient amener les « big data » existait déjà il y a cinquante ans sur l'actuariat en mutualité, dont on pensait qu'il allait détruire la solidarité. Or il s'avère que l'actuariat nous a permis de reconstruire d'autres formes de solidarité. Donc je ne crois pas que les nouvelles technologies annoncent la fin des solidarités.

La deuxième question clé est la suivante : à quelle vitesse va-t-on enfin évoluer vers la prévention et les services ? Nous sommes au sommet des attentes sur la méthode des cinq « P » : prédictif, préventif, personnalisé, de précision et participatif. Pour autant, la prévention ne décolle pas : les dépenses de santé sont constituées de 84 % de remboursements, donc de réparation, et de 6 % de prévention. Les tendances indiquent que pendant que la réparation augmente de 3 % par an, en moyenne, depuis plusieurs années, la prévention diminue de 1 %, car la Sécurité sociale ne reconnaît pas, à ce jour, bon nombre de nos actions de prévention. Les assureurs doivent les financer eux-mêmes, mais quand leur portefeuille connaît un fort taux de turnover, ils n'ont pas tellement envie de financer des activités de prévention qui réduiront le risque au profit d'un concurrent qui pourrait récupérer le portefeuille. Néanmoins, notre protection sociale, à ce jour, est quasiment exclusivement le fait des assurances. On basculera sans doute vers la prévention, mais en tout cas, les révolutions technologiques n'ont pas entraîné cette révolution dans notre mode de protection sociale.

Pourquoi ne trouve-t-on pas les bons modèles économiques ? Notre premier réflexe, lorsque nous développons des services, est de les inclure dans l'offre d'assurance, pour ne pas avoir à nous demander si l'adhérent est conscient qu'il achète un service et si le service apporte une valeur suffisante pour être solvable. C'est la preuve que nous avons encore des difficultés. Mais si nous voulons proposer des services à vraie valeur ajoutée, il faudra les personnaliser davantage. En tant qu'assureurs mutualistes, nous sommes face à un dilemme, celui de savoir où placer le curseur entre l'ultra-personnalisation des services et la protection maximale de la vie privée des personnes. Construire des services moyens pour la moyenne de la population et lancer des campagnes généralistes de prévention n'est pas efficace. Qui décidera du niveau de protection, du type de données que nous demanderons aux adhérents, aux assurés, aux sociétaires ? Puisque nous sommes mutualistes, la réponse est très simple : c'est l'adhérent. Il nous appartient d'organiser les débats démocratiques qui nous permettront de définir la nature des données à mettre en commun et la nature des services qu'elles permettront de construire. Mais si nous, nous parlons de données entre nous, si nous baignons dans le sujet, les adhérents, eux, n'y comprennent rien. Si nous leur demandons des données pour construire des services, ils demanderont ce qu'est une donnée. Nous avons un effort pédagogique considérable à fournir envers la population, par tous les moyens possibles.

À la MGEN, nous avons commencé en utilisant le relais scolaire. Avec Harmonie, il faut construire à travers les entreprises, qui sont des lieux de formation. Si nous n'éduquons pas la population, l'e-santé au sens large ne sera jamais efficace, elle demeurera un gadget ou sera confisquée par des opérateurs qui en feront autre chose. C'est un débat dont le monde non lucratif et mutualiste doit s'emparer.

Les questions de dépendance et de perte de l'autonomie rendent ces sujets encore plus critiques, car elles sont intimement liées à la question de la santé. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'un certain nombre de mutuelles ont construit ensemble des systèmes d'assurance dépendance en inclusion de l'assurance santé. La question de la protection de la vie privée est encore plus sensible parce que les personnes en perte d'autonomie sont des populations extrêmement fragiles, vulnérables et les aidants également, qui peuvent être tentés, par l'immédiateté du service rendu, de concéder n'importe quoi. Les aspects de prédictibilité sont essentiels, parce qu'il s'agit de risques lourds à long terme. La prévoyance et la gestion des risques lourds sont des éléments de rentabilisation économique ou d'atteinte de l'équilibre pour les modèles de prévention. On ne parviendra pas à établir des modèles économiques basés purement sur l'activité de complémentaire santé.

Enfin, la définition des données de santé, au niveau européen, est extrêmement large. Une donnée de santé est une donnée qui est susceptible de fournir une information sur l'état de santé passé, présent ou à venir d'un individu. Cela inclut les données dont on dispose en open data qui concernent la pollution, l'environnement, etc. Cette donnée est donc non seulement très large, mais elle est évolutive, parce que notre capacité à faire d'une donnée lambda une donnée de santé dépendra des évolutions en matière d'algorithmique, mais aussi d'intelligence artificielle et de domotique. Une donnée qui était totalement neutre à un moment pourra avoir ultérieurement un impact sur la détermination de l'état de santé. Face à cette évolutivité, d'ailleurs, au regard du risque d'entreprise, pour être conforme à la réglementation, il sera nécessaire d'être extrêmement vigilant.

Un autre point de sensibilité, lorsque l'on parle de perte d'autonomie, est que les sources de captation de données sont extrêmement larges, puisqu'elles concernent aussi le domicile. Par exemple, le nombre de fois où vous ouvrez votre réfrigérateur au cours d'une journée peut fournir un certain nombre d'informations sur l'état mental, sur la sénilité précoce... C'est donc aussi très intrusif parce que cela ne concerne pas uniquement l'individu, mais le domicile. Les parcours liés à la perte d'autonomie et la multitude des intervenants rendent la chose encore plus complexe que le parcours de soins ou de santé. On connaît les nombreuses difficultés pour articuler tous les services autour d'une personne dépendante. Les questions que nous devons aborder par rapport à la santé se retrouvent ainsi décuplées dans les questions relatives à la perte d'autonomie.

Patrick Lelong

Merci. Lorsque j'entends parler d'objets connectés, me vient immédiatement à l'esprit l'aspect ridicule de la maison connectée de Jacques Tati dans *Mon oncle* (1958), où il y a beaucoup d'objets inutiles et coûteux qui finalement, dévalorisent l'humain plus qu'ils ne le valorisent. **Catherine Rouchon**, je me tourne vers vous : quel est l'intérêt, selon vous, de ces objets connectés ?

Catherine Rouchon

Directrice générale de Mutex

Cette question est centrale pour le mouvement mutualiste : puisque nous avons l'ambition de suivre et d'accompagner l'adhérent ou le salarié tout au long de sa vie, il se pose, au début de la vieillesse ou de la survenue de la perte d'autonomie, la question de la valeur des objets connectés pour l'adhérent, leurs opportunités et leurs risques. J'aimerais partager avec vous trois types de questionnements.

D'abord, quels sont les nouveaux champs de nos responsabilités ? Nous l'avons dit, il existe deux volets en la matière : la protection des données, de la vie privée et des volontés de la personne vieillissante, d'un côté. Et de l'autre, l'enjeu de l'efficacité de ces nouveaux outils : qui est responsable s'ils sont défectueux, s'ils ne rendent pas le service promis ou s'ils compromettent un diagnostic ? Le fabricant, l'intégrateur, le promoteur, c'est-à-dire nous, ou l'utilisateur final ? Pour le moment, ces questions sont à peine esquissées. Nous devons les investir et être vigilants à cet égard. Aujourd'hui, nous nous intéressons beaucoup aux modèles économiques, nous mettons en avant la silver économie, mais notre mouvement doit participer à cette réflexion sur les nouveaux champs de responsabilité et être vigilant. Le deuxième champ de responsabilité est celui du respect des volontés de la personne âgée, au-delà du respect des données. La première préoccupation des personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non, n'est pas forcément leur sécurité. C'est d'abord leur lien social et ensuite, le soulagement de leurs proches et pour cela, elles peuvent accepter de porter par exemple un bracelet de téléassistance. Nous avons donc deux responsabilités éthiques : les nouveaux champs de responsabilité au regard de la non-efficacité des objets connectés et le respect des volontés des personnes, qui sont des personnes dignes et des citoyens comme nous.

Ensuite, nous devons réfléchir à la fracture sociale induite par ces nouveaux objets, qui ne seront pas d'emblée démocratiques puisque tout le monde ne pourra pas se les offrir. En tant que mutualistes ou organismes non lucratifs, nous désirons une protection équitable. Je crois que comme pour toute innovation, la première vague est souvent discriminante parce que les personnes n'ont pas toutes le même capital culturel et financier pour accéder à l'information et aux meilleurs pourvoyeurs de ces services. Nous pouvons nous fixer comme objectif de promouvoir l'accessibilité pour tous de ces nouvelles technologies.

En effet, les nouveaux services induits par ces outils devraient permettre de limiter ces différences et d'aider au bien vieillir en palliant les déserts médicaux par la médecine à distance ou en recourant aux services de livraison des courses à domicile. Cela induit bien évidemment que nous devons participer à ce débat de société sur le socle commun des technologies cruciales qui doivent être accessibles à tous. Nous avons ce devoir de formation des personnes à ces outils, celui d'en faciliter l'accès et celui de travailler au financement de ce socle commun, qui doit néanmoins être compatible avec des compléments plus personnalisés, plus complets.

Enfin, nous devons repenser la place de l'humain au sein de ce nouveau paradigme. Ces nouvelles technologies ne risquent-elles pas de chasser l'humain à la périphérie ? Finirons-nous par affronter les robots thérapeutiques qui décriront nos émotions ? Finirons-nous tous notre vie avec un bracelet qui, dans une certaine mesure, revêt des allures carcérales ? Comment se réapproprier cet objet pour que lorsque l'on est en maison, on puisse soulager le personnel de tâches lourdes et chronophages, au profit de l'accompagnement ? Et est-ce qu'il ne résultera pas de l'introduction de ces objets et des recherches de productivité une diminution de personnel accompagnant ? Si, avec ces nouvelles technologies, on peut rester plus longtemps à domicile, en lien social, nous aurons une société plus juste, plus humaine. Les sociétés à but non lucratif sont plus à même de participer à ce débat que des sociétés dont le principe fondamental est le modèle économique et la recherche de nouveaux marchés.

Patrick Lelong

Merci pour cette mise en évidence des questionnements liés aux objets connectés. **Nathalie Christiaen**, nous allons voir avec vous dans quelles conditions les nouvelles technologies peuvent être utiles, celles qui servent et celles qui desservent.

Nathalie Christiaen

Directeur Clients, Stratégie, Marketing et Innovation d'Humanis

Chez Humanis, nous considérons qu'il n'y aura pas d'évolution ni de révolution technologique au regard de la perte d'autonomie si nous ne travaillons pas sur les conditions de mise en place de ces nouveaux outils. Ces conditions sont d'abord liées à l'accompagnement des clients entreprises. En tant qu'acteur de groupe de protection sociale, nous nous devons d'apporter ce conseil aux entreprises vis-à-vis des salariés face à la perte d'autonomie. Un directeur des ressources humaines pourrait se targuer de bien connaître ses salariés et nous demander ce que nous, nous pouvons apporter à l'entreprise. Nous, nous avons la vision du groupe de protection sociale et nous réalisons un travail avec les aidants, que nous écoutons et que nous accompagnons. Nous pouvons donc mettre à disposition de l'entreprise tout le fruit de ces échanges. Nous avons aussi pour mission d'aider l'entreprise à profiler sa population, à identifier les personnes aidantes et donc fragilisées. Parce que nous parlons avec les aidants, nous pouvons monter avec eux un certain nombre de services appropriés, tels que la «box aidants» d'Humanis, qui propose des informations générales, spécialisées, des mises en relation, des coachings, que nous pouvons proposer aux aidants au travers des entreprises. Ce rôle d'accompagnement est l'une des conditions de la mise en place de l'évolution numérique.

Une deuxième condition essentielle est d'avoir une approche globale vis-à-vis de l'ensemble des individus. Un groupe de protection sociale accompagne les personnes tout au long de leur vie. Nous devons avoir cette approche globale, à travers nos produits, nos services et nos outils numériques pour aborder ce que nous appelons le « bien vieillir » de façon différente. En effet, le « bien vieillir » ne concerne pas une seule génération, un seul âge. Il concerne différentes étapes de la vie. Par exemple, entre 50 et 75 ans, la priorité est de bien gérer sa vie. Entre 75 et 85 ans, il s'agira plutôt de bien gérer sa retraite. Et ensuite, il y a le traitement de la perte d'autonomie. Grâce à cette approche globale, nous sommes en mesure de mettre à la disposition des personnes différents produits, services et outils numériques qui, cumulés, répondent réellement à leurs préoccupations. Le profil de la personne, sa situation personnelle et professionnelle et son besoin global doivent être pris en considération. À ce titre, Humanis a mis en place le serveur Essentiel autonomie, qui propose un certain nombre de parcours autour du « bien vieillir », mais qui s'adapte en fonction des besoins en matière de santé, d'organisation du domicile ou de mise en relation avec un EHPAD, notamment.

Enfin, une autre condition de cette évolution, ou de cette révolution, est de jouer un rôle d'agrégateur. Aujourd'hui, nous avons des offres, des services, des partenaires. L'un des enjeux majeurs est de les faire travailler ensemble. Il faut casser les silos du médico-social, de l'hôpital, de la médecine, des prestataires de services. On pourrait penser qu'il suffit de mettre les différents acteurs en relation, mais ce n'est pas aussi facile qu'il paraît. Aux États-Unis ou au Canada, il y a de vrais métiers d'agrégateur de services, de moniteur de services, qui n'existent pas chez nous. En tant que groupe de protection sociale, en tant que structure à architecture ouverte, nous avons les capacités de créer ce genre de métiers, de développer les relations collaboratives entre les acteurs. Ces nouvelles technologies vont nous permettre de mettre en œuvre et d'améliorer l'ensemble de ce dispositif. Cette condition s'inscrit aussi dans la notion de révolution numérique pour la perte d'autonomie.

Patrick Lelong

Merci. Nous avons compris que, chez Humanis, vous ne faites pas la promotion des geeks, mais que vous valorisez avant tout les besoins spécifiques auxquels doivent répondre ces nouveaux outils. Je me tourne maintenant vers **Nicolas Gomart** : et si l'avenir, c'étaient les vieux et les handicapés, comme les chiffres semblent l'augurer ? Ma grand-mère parlait de faire du neuf avec du vieux. C'est l'occasion de revenir sur la médecine individuelle. Est-ce un rêve ou une réalité ? Tout le monde pourra-t-il avoir cet accès à ces outils, qui en même temps, sont effrayants, dès lors que l'on n'aura plus nécessairement le traditionnel docteur en face de soi, mais des instruments plus modernes, qui ne sont pas rassurants pour toutes les populations ? Que dites-vous à nos vieux et à nos handicapés ?

Nicolas Gomart

Directeur général du Groupe Matmut

Je leur dis beaucoup de choses bienveillantes et positives, naturellement.

J'aimerais d'abord répondre à la question initiale de notre table ronde : s'agit-il d'une évolution ou d'une révolution ? À titre personnel, je crois profondément que nous sommes plutôt face à une révolution, dans la mesure où ces nouvelles technologies posent tout simplement la question de l'approche de la médecine, en tout cas, telle qu'elle est pratiquée dans notre pays, c'est-à-dire une médecine principalement curative, qui devient maintenant une médecine beaucoup plus holistique, plus préventive. Ceci n'est d'ailleurs pas sans remettre en cause un certain nombre de nos modèles, y compris la formation de nos médecins.

La notion de révolution recouvre nécessairement des enjeux économiques et des questions de potentiel. Derrière la question de savoir si l'avenir, ce sont les vieux et les handicapés, je vois d'abord une question d'enjeux économiques et de développement commercial. C'est peut-être un tropisme de chef d'entreprise. Ce n'est pas la seule facette, mais c'en est une. Les nouvelles technologies sont très séduisantes au regard de problématiques de prévention, d'accompagnement, de suivi, de diagnostic précoce, notamment pour la maladie de Parkinson, de surveillance des personnes en situation de dépendance, via la domotique, par exemple. On peut penser que les choses peuvent se développer rapidement, si l'on ajoute à cela que la silver économie, le marché des seniors, est en plein essor. Or force est de constater qu'aujourd'hui, ces technologies n'ont qu'un succès d'estime.

La première raison de ce succès simplement d'estime est une problématique d'acceptabilité. Le danger est que tous ces objets soient perçus comme stigmatisants pour les personnes. Pour un chef d'entreprise qui veut développer le marché de ces objets, l'enjeu est de ne pas créer de rupture dans l'utilisation entre le moment où l'on n'est pas dépendant et où on peut les utiliser et le moment où l'on est dépendant, on l'on doit pouvoir continuer à les utiliser. Par ailleurs, la fracture numérique pour les seniors est immense. Aujourd'hui, on estime qu'elle se situe vers 76, 77 ans, ce qui est trop tôt par rapport aux populations qui sont potentiellement utilisatrices de toutes ces technologies. J'évoque ici les personnes âgées. Pour les personnes handicapées, c'est un autre sujet. Il y a donc une non-correspondance entre l'âge de maîtrise des outils et l'âge d'utilisation. Nous devons aussi faire face à une problématique d'acceptabilité de ces nouveaux outils par le corps médical lui-même. Je ne suis pas certain qu'aujourd'hui, les professionnels de santé soient véritablement derrière ces technologies. Enfin, il y a une problématique d'acceptabilité par l'assurance maladie, qui ne les prend pas en charge et qui est assez sceptique sur ces évolutions.

Ceci pose nécessairement la question du modèle économique. Aujourd'hui, ces développements n'ont pas trouvé leur marché parce que les investisseurs ne se bousculent pas pour donner les moyens, pas plus que les distributeurs. Les grandes chaînes de distribution telles que Conforama, Boulanger, Darty, ou, dans une moindre mesure, la Fnac, n'ont pas développé la commercialisation de ces objets connectés à destination des personnes en situation de dépendance. L'enjeu de développement du marché est donc aussi lié à l'offre, qui ne trouve pas les moyens de se développer. Les budgets des départements, qui sont très importants, dans la problématique de dépendance, sont par ailleurs constamment réduits. Cela pourrait être un avantage pour promouvoir ces outils, parce qu'à terme, ils permettront de faire des économies. Il y a également le serpent de mer de la création d'une cinquième branche « dépendance » autour de la Sécurité sociale, bloquée pour des raisons de capacités de financement. Les limites techniques, par ailleurs, ne sont pas nulles.

Enfin, toutes les questions juridiques autour des données, à savoir la collecte, le stockage, l'intégrité, la fiabilité, l'interopérabilité des données, limitent aussi le développement des outils numériques.

Néanmoins, je pense que ce constant ne sera plus valable demain. On observe actuellement le développement d'un écosystème autour de toutes ces nouvelles technologies qui est assez considérable. Les financements se développent. On prend aussi conscience qu'elles constituent un moyen de régler des problématiques budgétaires par de l'optimisation, par le maintien des personnes à leur domicile, au lieu de solutions plus lourdes économiquement. En fait, le temps passant, l'acceptabilité va se faire assez naturellement.

Cette révolution prendra du temps. Nous sommes au top des attentes, même si nous commençons à voir que cette évolution avait ses limites. Mais cela va remonter, de la même manière qu'au début des années 2000, avec la bulle Internet, qui a été suivie d'une chute, puis d'un formidable développement. Le phénomène sera probablement le même avec ces nouvelles technologies.

La question fondamentale est celle de la solidarité. Dans quelle mesure, en tant que mutualistes, pouvons-nous garantir un accès à toutes ces nouvelles technologies pour le plus grand nombre ? Derrière cette question essentielle, il y en a une autre, plus fondamentale encore, qui se dessine. En décembre 2012, Google a recruté le professeur Raymond Kurzweil, l'un des principaux apôtres du transhumanisme, envisagé comme une évolution positive de la société, la révolution technologique devant permettre, par les cellules souches, d'allonger considérablement la durée de la vie. Certains parlent même de « mort de la mort », ce qui est probablement excessif, mais nous ne devons pas oublier que tout cela nous renvoie à des questions éthiques.

Je ne sais pas si l'avenir, ce sont les vieux. C'est en quelque sorte une provocation, au fond. Si je me positionne en tant qu'acteur économique, c'est très probablement le cas et même très certainement : les chiffres sont là pour le prouver. Mais cela ne peut se restreindre à cette question. J'ai souhaité accentuer mon propos sur les questions économiques, puisque les autres aspects avaient été très justement évoqués précédemment. Il faut inscrire la dimension économique dans le cadre de la réflexion collective de cette table ronde.

Patrick Lelong

Nous avons bien compris que l'immortalité n'était pas forcément bien vue par les caisses de retraite... Vous avez évoqué plus tôt la silver économie, mais ce marché est bien plus subventionné qu'autonome. C'est dommage. Au Japon, pays où une grande partie de la population est âgée et qui est assez fermé à l'immigration, l'exploitation des robots est beaucoup plus usuelle qu'en France. Ce marché représente entre 0,3 % et 0,5 % de croissance, ce qui n'est pas si mal. En tout cas, nous serions bien évidemment preneurs, d'autant plus que cela peut créer des emplois. Comment peut-on favoriser le développement de ces progrès technologiques en faveur des personnes âgées ? Le commerce des montres connectées pour les jeunes est en plein essor, mais le public des personnes âgées n'apparaît pas très motivé, alors qu'il préoccupe tout le monde. Comment faire pour que les industriels s'y intéressent ? Je vous pose la question à tous, parce qu'il me semble essentiel de développer ce marché si nous voulons le rendre démocratique. On sait bien que plus il y a de recherches, plus il y a de satisfaction de besoins, plus les prix baissent. Le progrès technologique partagé par tous fait aussi partie du secteur non lucratif, de la mutualité. Comment convaincre les industriels, qui n'ont pas encore vu l'intérêt de ce marché ?

Nicolas Gomart

Directeur général du Groupe Matmut

En solvabilisant le marché, tout simplement. Si nous avons une bonne médecine en France, c'est bien parce que le marché a été solvabilisé de façon efficace. Et il me semble que c'est très justement notre rôle, en tant que complémentaires de santé. La capacité et le risque de prendre en charge les évolutions technologiques, les objets connectés est évidemment favorable au développement du marché. Il y a là un enjeu de différenciation entre acteurs des complémentaires santé dans un domaine où leurs activités de base sont partagées par tous, en partie grâce ou à cause de l'évolution de la réglementation, qui est de plus en plus similaire. Les éléments de différenciation sont un élément moteur de prise en charge, donc de solvabilisation du marché et donc, du développement du marché lui-même.

Catherine Rouchon

Directrice générale de Mutex

Selon moi, l'expérimentation joue un rôle majeur. Nous avons l'avantage, dans le mouvement mutualiste, d'être proches du terrain, d'avoir soit des adhérents, soit, via les branches professionnelles, des communautés dans lesquelles nous pouvons expérimenter de façon à prouver la valeur de ces objets. Que nous soyons dans des communautés affinitaires, des communautés plutôt professionnelles ou des communautés sur le territoire, nous avons des capacités, dans le secteur non lucratif, pour mener des expérimentations. C'est en cela que nous pouvons montrer concrètement aux personnes concernées l'intérêt ou le moindre intérêt de certaines de ces technologies et inspirer des solutions de modèles économiques s'inscrivant dans la durée. Pour moi, le terme est vraiment « expérimenter » et pour cela, nous avons des capacités de sous-groupes conséquents sur lesquels nous pouvons mener ces expérimentations.

Nathalie Christiaen

Directeur Clients, Stratégie, Marketing et Innovation d'Humanis

J'aimerais revenir sur le rôle d'agrégateur. En effet, en allant chercher un certain nombre de partenaires pour nous associer et monter un modèle cohérent face à la perte d'autonomie, nous rencontrons énormément d'acteurs qui développent des parties d'activités et de services pour les aidants ou les personnes dépendantes. Notre rôle est de les aider à expérimenter un certain nombre de leurs prestations et également, puisqu'en tant qu'agrégateurs, nous portons la crédibilité de notre offre, de les labelliser. Parmi ces acteurs, certains apportent effectivement des services d'une réelle efficacité et qui apportent un véritable mieux-être, un « bien vieillir », tandis que pour d'autres, le service apporté est défavorable. Nous devons donc labelliser et fiabiliser la qualité de ces différents prestataires et de faire émerger ceux qui travaillent sur la perte d'autonomie.

Patrick Lelong

Vous êtes les mieux placés pour cela, vous avez raison. Il ne faut d'ailleurs pas se contenter de déplorer les carences des entreprises. Certaines grandes sociétés comme Orange ou Legrand s'intéressent à ce marché. Et développer ce marché sans vous écouter serait passer à côté des véritables besoins.

Jean-Louis Davet

Directeur général délégué du Groupe MGEN/ Istya /Harmonie

Je m'associe bien volontiers à tout ce qui vient d'être dit. Nous avons également un moyen de peser. Si nous avons un capital de confiance auprès de nos adhérents, il faut mettre notre poids dans la balance. En créant le Guide des objets connectés, par exemple, nous avons engagé notre image pour créer la confiance. C'est aussi une façon de solvabiliser le marché d'une autre manière, de le moraliser. Nous avons également quelque chose qui nous appartient, qui peut jouer sur le plus long terme et qui est directement lié à notre perception de l'humanité. Les activités de Google ont été évoquées. Sur l'ensemble de la planète, il n'y a qu'une école de réflexion sur le sujet des nouvelles technologies, c'est celle-là. Nous sommes issus du siècle des Lumières, nous avons une tradition humaniste européenne et nous n'avons pour l'heure aucune instance de réflexion sur la manière d'appréhender ce qui se passe. Certes, nous avons des bribes, des groupes de réflexion, des think tanks, mais il n'existe pas de doctrine. La seule doctrine qui existe aujourd'hui est celle du transhumanisme. Mais d'autres déclinaisons sont possibles, et nous devons incarner cela.

Au-delà de cette question culturelle, il y a également une question d'image. Le Japon a par exemple réussi à tirer parti du vieillissement de sa population, dans son économie. Il n'avait le choix, compte tenu de sa pyramide des âges, mais il pouvait échouer. En Asie, la vieillesse est représentée par des sages. Dans notre tradition occidentale, elle est évoquée par la faux... Nous traînons cela depuis longtemps. Nous ne parviendrons pas à changer tout de suite ces représentations, mais les évolutions technologiques fournissent l'occasion de ré-aborder des aspects profonds, qui ont créé la mutualité mais qu'il faut décliner d'une autre manière, aujourd'hui.

Table ronde : « Autonomie : les organismes non lucratifs s'engagent »

Patrick Lelong

Journaliste économique et essayiste

Notre troisième table ronde va nous permettre d'ouvrir des chemins et d'oser proposer des solutions. C'est le moment pour vous de dire concrètement ce que nous pouvons faire pour être à la hauteur d'un défi qui nous concerne tous. Nous commencerons cette exploration avec **Maurice Ronat**. Que pouvez-vous proposer ?

Maurice Ronat

Président d'Eovi-MCD

Eovi-MCD est un groupe assureur santé et également offreur de soins. Toute notre réflexion est basée sur ce binôme, qui est intéressant.

Nous avons beaucoup parlé d'objets connectés. Je voudrais revenir à la réalité du terrain. Aujourd'hui, lorsque l'on parle de perte d'autonomie, on ne parle pas uniquement de personnes âgées. Il convient de prendre en compte ce paramètre. Par ailleurs, tout ce qui tourne autour du « big data » et des objets connectés intéresse la génération des retraités d'aujourd'hui, mais il existe toute une génération de personnes en établissement qui ne sont pas encore sur ces bases-là. Je veux vous parler de toutes ces personnes.

Dans notre mutuelle, nous avons commencé notre réflexion à travers les aidants et mis en place des ateliers d'une vingtaine de personnes pour leur expliquer, lorsqu'ils ont dans leur entourage une personne en perte d'autonomie, comment s'y retrouver, dans ce maquis, où ils doivent aller et ce qu'ils doivent faire.

Pour notre part, nous nous investissons dans différents secteurs. Le premier est celui de l'aide à domicile. Il existe encore une catégorie de personnes qui restent à domicile. Nous connaissons tous l'âge d'entrée en établissement. Nous nous sommes investis directement, mais pas seuls. Avec les autres organismes non lucratifs, avec le secteur associatif, nous avons mis en place un certain nombre de choses. Ainsi, pour les personnes qui restent à domicile, la mutuelle participe au financement de l'objet connecté, qui désormais, au-delà de détecter les chutes, permet de suivre et d'aider. La mutuelle travaille directement avec le monde associatif, qui est bien investi dans l'aide à domicile.

Pour les personnes qui passent le cap d'aller en établissement, nous avons développé des relations dans les EHPAD. Il y a trente ans, les maisons de retraite étaient des mouroirs. Aujourd'hui, les EHPAD sont des lieux qui leur permettent de vivre et je crois qu'il faut les y accompagner. Pour vivre, il existe un certain nombre de choses. J'en citerai simplement deux. Avec l'OCIRP, par exemple, nous travaillons sur le problème dentaire. Auparavant, il y a quelques années, nous avons fait du dépistage et essayé de remettre à niveau les appareils dentaires. Cela s'est soldé par un échec. Quand les familles ont vu le montant des devis, elles nous ont traités de voyous ! Avec l'OCIRP, nous avons abordé la chose différemment. Nous avons investi dans ou deux fauteuils et travaillé avec des dentistes libéraux, qui vont dans les établissements et procèdent simplement à une petite remise à niveau pour permettre aux personnes âgées de mieux vivre. Dans nos EHPAD, nous avons également mis en place la télé-médecine, ce qui évite à la personne qui a un problème de santé de se déplacer, et nous avons un système de radio dans l'établissement. Nous avons beaucoup travaillé sur la qualité de vie de des personnes, qui rejaillit forcément sur leurs aidants.

Enfin, à l'intérieur de la mutuelle, avec les partenaires sociaux, nous avons instauré un système qui permet à des personnes de donner du temps, des jours de RTT ou de congés à un aidant qui a un problème. Le système fonctionne et cela me réjouit beaucoup. Je crois que c'est un peu ce lien social qu'il faut tisser entre les personnes en activité.

Je souhaitais développer ces actions de terrain, après nos débats dans les hautes sphères du « big data ».

Patrick Lelong

Merci pour cette évocation du terrain. Il faut se garder de l'écueil qui consiste à vouloir le bonheur de tous à tout prix, dans tous les sens du mot « prix ». Vous avez raison de dire que ce l'on souhaite, c'est vivre mieux, avoir le plus qui nous manque pour être autonome et respecté. Être respectueux, c'est un engagement.

Je me tourne maintenant vers **Serge Brichet**. Votre modèle de prise en charge présente des atouts. Expliquez-nous un peu plus en détail ce que vous faites et ce que vous ne faites pas encore.

Serge Brichet

Président de la Mutualité Fonction Publique

En lisant les propos introductifs à ce colloque, j'ai souvent noté des propos évoquant des guerres entre les différents acteurs, des opérateurs qui regardent les trains passer, l'opposition entre public et privé, entre individuel et collectif. J'ai eu l'impression d'un paysage assez dual.

Je suis fonctionnaire et responsable mutualiste. Je suis fier d'être ce que je suis, mais je suis franchement déçu de mon employeur qui est l'État. Ma fierté, je la dois notamment à l'engagement des mutuelles de fonctionnaires sur cette question de la prise en charge de la perte de l'autonomie depuis plus de trente ans. Elles s'engagent sur le modèle non pas unique mais spécifique que Patrick Lelong évoquait à l'instant. Un modèle qui a fait ses preuves, qui couple la santé et la prévoyance. Un modèle de protection en matière de dépendance qui est en inclusion, avec les avantages qui lui sont liés en termes de mutualisation des coûts et des risques. Il s'agit bien sûr d'un modèle annuel.

Ainsi, en termes de coûts, une couverture dépendance avec une rente mensuelle en établissement d'environ 560/580 euros, coûte 36 euros annuels à un fonctionnaire. Comparativement, en consultant les offres sur le marché, il faut des cotisations dix fois supérieures pour prétendre acquérir le même degré de prestation. De plus, ce modèle qui permet à trois millions de fonctionnaires de mieux vivre couvre tous les âges de la vie puisqu'il est rendu « obligatoire » dès l'entrée dans la fonction publique. Je veux souligner qu'aujourd'hui ce modèle fonctionne seul, sans aide autre que celle des cotisants et fonctionne bien sans présenter de risque industriel. Je suis donc particulièrement fier de le représenter.

Dans le même temps, je suis déçu par l'attitude de mon employeur, l'État. Je ne reviendrais pas sur le serpent de mer de la cinquième branche ou du cinquième risque de protection sociale. Il faut toutefois signaler des initiatives positives, notamment en matière d'APA, comme en témoignent les derniers textes. Cependant cet employeur, incapable d'apporter une réponse collective obligatoire, s'est attaché ces derniers mois à vouloir limiter la portée de nos dispositifs, voire à les annuler, en n'incluant pas la couverture dépendance dans les cahiers des charges – qui supportent une procédure spécifique, celle du référencement des opérateurs dans la fonction publique d'État. Il a fallu, avec d'autres, se battre pour imposer des systèmes de protection.

En définitive, nous avons un employeur public, l'État, qui est un pâle initiateur, un faible payeur puisque tout cela se fait quasiment sans son aide. Mais en plus il se révèle être un très mauvais prescripteur en matière de droits sociaux puisqu'il veut retirer la couverture d'un risque dont tout le monde sait qu'il s'agira d'un risque majeur demain dans notre société.

Je ne sais pas si le système que j'évoque est une panacée, mais la petite désillusion dont je fais part motive tous les mutualistes et plus largement tous les acteurs aujourd'hui rassemblés. Il faut s'attacher à défendre notre modèle – peut-être ne l'avons-nous pas suffisamment fait - qui est une vraie réponse crédible et pertinente pour plus de trois millions de français aujourd'hui. Ce modèle pourrait évidemment être généralisé parce qu'en adossant un contrat prévoyance dépendance au contrat le plus souscrit, qui est le contrat santé, est une forme de généralisation qui pourrait être pertinente, d'autant plus qu'il me semble qu'il existe un lien entre la dégradation de la santé et la perte d'autonomie. Nous sommes en présence de domaines qui me semblent similaires.

La défense énergique de ce modèle ne doit d'ailleurs pas empêcher d'améliorer nos garanties en termes pécuniaires et de services et en adossant les deux aspects. Nous devons aussi répondre à la question de la pertinence du modèle annuel, qui nous est souvent posée. Lorsque l'État dit ne pas croire à la pertinence du modèle annuel proposé par les mutuelles de la fonction publique au motif que la garantie serait perdue si le fonctionnaire venait à quitter le fonction publique, ou si le contrat annuel n'était pas renouvelé.

A cette question, on peut répondre que personne ne rêve de voir sa maison brûler ou d'avoir un accident de la circulation. Et nous avons aussi ce travail à réaliser sur cette question de la sortie de la fonction publique et sur la manière dont on pourrait porter – même si le terme est impropre – les droits vers un autre opérateur.

En tant que Président de la Mutualité Fonction Publique, je veux aussi dire avec conviction : cessons de défendre notre propre famille – les mutuelles ou les institutions de prévoyance. Disons simplement les choses – et je m'y emploierais pendant mon mandat : sur cette question comme sur d'autres, sortons du jardin mutualiste et entrons dans le jardin du non-lucratif, car nous savons que nous partageons la même démarche, la même orientation et les mêmes valeurs.

Je ne sais pas si le système que je défends est idéal. En tout cas, il existe et il fonctionne. Nous souhaitons pour notre part qu'il soit reconnu et nous sommes tout à fait prêts à travailler dans le champ du non lucratif avec les autres opérateurs.

Patrick Lelong

Merci. Je reprendrai la citation d'un économiste libéral : « Quand l'Etat veut faire le bien, il le fait mal et quand il veut faire le mal, il le fait bien. » Effectivement, il ne faut pas laisser l'État tout faire, sinon il y aurait beaucoup de choses à revoir.

Je me tourne maintenant vers **Cécile Waquet** : le contrat « Safir » d'AG2R fut une première étape cruciale, et de nombreux ajustements ont été opérés sur ce contrat. Comment voyez-vous, avec le recul, le « coup d'après », c'est-à-dire la possibilité de prolonger l'engagement pour aller vers de nouvelles solutions proposées par les organismes non lucratifs ?

Cécile Waquet

Directrice adjointe de la Direction Métier Santé Prévoyance d'AG2R La Mondiale

En effet, le groupe AG2R La Mondiale est pionnier en matière d'assurance dépendance, avec le lancement du produit « Safir » en 1985. Je rappelle que nous sommes un groupe de protection sociale à but non lucratif, qui dépend des trois codes : le code des assurances, le code de la mutualité et le code de la Sécurité sociale, notre gouvernance étant à la fois paritaire et mutualiste.

AG2R La Mondiale est le premier groupe de protection sociale et patrimoniale, dans la mesure où nous sommes présents sur tous les risques qui peuvent se présenter : santé, retraite complémentaire, retraite supplémentaire, épargne et dépendance.

En matière de dépendance, notre produit phare aujourd'hui, c'est « Assurance Autonomie », qui prend en compte les évolutions de la dépendance, c'est-à-dire pas seulement la dépendance totale, mais aussi la dépendance partielle. Le contrat offre aussi la possibilité d'aménager son logement grâce à un capital autonomie. Nous avons également développé des produits en matière de retraite supplémentaire parce que nous sommes convaincus que préparer la dépendance est difficile quand on est actif. Une fois à la retraite, cela semble plus simple de l'envisager, donc certains contrats de retraite supplémentaire proposent une option dépendance et dernièrement la rente « Cycle de vie ».

Ce produit permet, au moment de la retraite, de faire évoluer la rente. Ainsi, cette dernière peut être plus élevée de 60 à 75 ans lorsque des jeunes retraités mettent en place des projets. À partir de 75 ans, on modère un peu plus ses dépenses et dans ce cas le niveau de la rente peut être baissé pour augmenter à nouveau lorsque la dépendance se fait plus présente aux alentours de 85 ans.

Nous sommes donc pionniers en matière d'assurance mais notre engagement social est aussi un réel levier dans le développement de nos services, à la fois en matière de prévention, d'adaptation de l'habitat (démarche HS2), d'aide aux aidants et de développement de la silver économie.

Pour répondre à votre question sur l'avenir, notre groupe estime qu'il faut dès à présent préparer ce que nous pourrions appeler l'étape du « grand papy-boom ». Puisque l'espérance de vie va augmenter de sept ans d'ici 2060, notre objectif principal est de faire en sorte que ces sept années supplémentaires soient des années de vie en bonne santé. En effet, si nous vivons plus longtemps, ce gain ne se traduit pas totalement en terme de vie en bonne santé.

Au fond, la question fondamentale serait de permettre qu'il y ait le moins possible de personnes dépendantes. La dépendance n'est pas une fatalité, grâce aux progrès de la médecine et de l'intelligence collective.

L'autre enjeu, c'est de faire en sorte que les personnes qui s'occupent des personnes en perte d'autonomie (personnels des EHPAD, corps médical, aides-soignants, services sociaux et proches aidants) ne soient pas dans une situation d'épuisement personnel ou professionnel. Pour ce faire, j'identifie trois leviers principaux : financier, scientifique et humain.

Au niveau financier, si la dépendance est un 5e risque, elle ne doit pas être une 5e branche du fait du niveau des prélèvements obligatoires, déjà extrêmement élevés, que nous ne pourrions guère augmenter. Les assureurs complémentaires, les groupes de protection sociale, les institutions de prévoyance et les mutuelles ont donc ici une place à prendre. Chez AG2R La Mondiale, nous estimons être légitimes pour jouer ce rôle car les organismes complémentaires payent 22% des dépenses de soins de ville, assurent 30% des dépenses sur les retraites complémentaires et supplémentaires, 40% des dépenses de la santé buccodentaire et 70% de l'optique. À ce titre, nous pensons que les personnes devraient cotiser pour leur retraite quand elles sont actives, puis pour leur dépendance quand elles sont retraitées. Nous sommes donc pour une solidarité intergénérationnelle entre retraités jeunes / plus âgés / dépendants. Cette notion de solidarité particulièrement importante au sein du Groupe se développe donc au niveau des territoires, des branches professionnelles avec les partenaires sociaux et intergénérationnelle au sein de la population retraitée.

Sur le plan scientifique et technologique, les progrès médicaux sont véritablement sensationnels en diminuant par exemple, grâce aux implants, les symptômes de la maladie de Parkinson en faisant en sorte de diminuer les tremblements, voire de fluidifier les mouvements. Ces promesses scientifiques, les progrès du numérique ou les objets connectés peuvent à l'avenir véritablement réduire les situations de dépendance. Nous sommes au début de ces évolutions, mais elles sont très prometteuses, d'autant plus prometteuses que les personnes dépendantes demain seront nécessairement connectées. Il est donc indispensable d'investir sur ce secteur car toute une économie de services attend ces fonds pour au final créer des emplois et par la suite du bien-être social et économique.

Enfin, pour le levier humain, l'objectif est double. Nous devons mobiliser toute notre intelligence collective pour réfléchir à la question de la prévention de la dépendance. En effet, la prévention commence par une sensibilisation des populations aux risques qui peuvent entraîner, à moyen ou long terme, de la perte d'autonomie. La santé bucco-dentaire, par exemple, pose de nombreux problèmes dans les EHPAD car cela a un impact fort sur la nutrition, mais aussi sur la construction du lien social. Or, ces gestes s'apprennent dès le plus jeune âge, il est donc très important de mettre en place des actions de prévention dans ce sens. La qualité du sommeil, les troubles musculo squelettiques, la pénibilité ont également une importance capitale sur les risques de dépendance et c'est pourquoi nous faisons aussi beaucoup de prévention sur ce sujet au niveau des branches professionnelles.

Au niveau de l'organisation des soins sur le territoire national, AG2R La Mondiale est particulièrement investi au plus près des personnes qui en ont besoin dans les régions. À ce sujet, j'aimerais revenir sur la démarche « Paerpa », parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie, mise en place par les pouvoirs publics à la suite d'un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ces parcours de santé articulent une double coordination autour de la personne âgée quand elle commence à manifester des signes de perte d'autonomie : les soignants directs et les aides-soignants d'un côté et une plateforme territoriale d'appui d'un autre côté ; ce qui permet au final de recourir aux aides spécialisées qui ne sont pas forcément à proximité des personnes sur le territoire. La réflexion sur ces dispositifs peut déboucher sur d'autres parcours de santé organisés sur les territoires pour prévenir la dépendance, éviter les ré-hospitalisations et ainsi de nombreuses dépenses de santé. Les groupes de protection sociale ont donc tout intérêt à s'investir sur ces sujets et à imaginer des solutions avec les professionnels des différents secteurs de la santé dans les territoires.

En conclusion, les mots d'ordre en la matière restent l'humain, la solidarité intergénérationnelle, les territoires et la liberté, car c'est en étant collectivement libres d'inventer de nouvelles solutions que nous arriverons à relever ce défi de la perte d'autonomie.

Patrick Lelong

Merci. Vous avez évoqué l'hygiène bucco-dentaire. Son absence a longtemps été la première cause de mortalité. Elle peut encore être à l'origine de certains AVC. Je me tourne maintenant vers Pierre Mayeur, directeur général de l'OCIRP, organisme commun des institutions de rente et de prévoyance. L'OCIRP est engagé dans le champ de l'autonomie des personnes âgées – il publie d'ailleurs le Baromètre Autonomie depuis dix ans – et du handicap. Dans OCIRP, il y a le mot « commun ». Que peut proposer l'OCIRP, compte tenu de son rôle particulier, pour faire avancer l'engagement des organismes non lucratifs ?

Pierre Mayeur

Directeur général de l'OCIRP

Bonjour à toutes et à tous. Il s'agit de ma première prise de parole publique en tant que directeur général de l'OCIRP. En tant qu'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance, notre premier objectif est de rendre service aux institutions de prévoyance qui sont nos membres. Patrick Lelong l'a rappelé, l'OCIRP organise le Débat Autonomie et publie un Baromètre annuel. De manière générale, notre rôle est de stimuler, de proposer, pour enrichir la réflexion et l'innovation des organismes à but non lucratif. D'où l'organisation de cette journée un peu particulière, pionnière devrais-je même dire, réunissant institutions de prévoyance et mutuelles autour des réponses à apporter, ensemble, à la perte d'autonomie.

A la suite de l'intervention de Cécile Waquet et ayant également exercé des responsabilités en tant que conseiller ministériel, je voudrais vous faire part d'une conviction. Toutes les innovations, tous les projets, tous les contrats qui ont été présentés depuis ce matin sont extrêmement intéressants. Ce que je crois, c'est que du point de vue des décideurs publics, il est très important que nous propositions une réponse commune, structurée au sein des institutions de prévoyance et des mutuelles. Une réponse commune ne signifie pas une réponse unique. Cette solution doit apporter une forme d'harmonisation. En effet, les pouvoirs publics sont en attente de propositions de notre part. Et ces propositions, si elles émanent d'un seul acteur, ne seront jamais étudiées sérieusement car on pourra se demander si elles répondent bien à l'intérêt de l'ensemble des acteurs non lucratifs. C'est là que l'OCIRP, avec le CTIP et la FNMF, peut jouer un rôle important dans la construction d'une réponse commune aux enjeux de la perte d'autonomie.

Je voudrais aussi rappeler que l'OCIRP est un assureur social. Il propose une garantie, OCIRP DEPENDANCE. Il s'agit du seul contrat à points, qui offre une garantie à vie même en cas de départ de l'entreprise, en cas de départ en retraite ou de dénonciation du contrat.

Parmi les questions qui ont été abordées ce matin, je retiendrais trois idées fortes.

La première est l'importance de l'innovation. L'un des intervenants a rappelé qu'il était possible, au sein des groupes de protection sociale, des institutions de prévoyance, des mutuelles, de pratiquer l'expérimentation. Cela me semble très intéressant. L'autonomie est un sujet particulièrement complexe, qui appelle des réponses qui sont tout sauf uniques. A nous de développer la valeur ajoutée liée à l'agrégation, ou à l'assemblage, deux mots qui ont été utilisés ce matin. Il s'agit de mettre ensemble, d'articuler des réponses en termes de contrats, d'assistance et de services. Une forme de réconciliation est à opérer avec l'action sociale dite traditionnelle, des groupes de protection sociale et des institutions de prévoyance. Je pense qu'il est très intéressant de regarder ce qui est fait dans ce domaine. Pour apporter réponse à la question de la perte d'autonomie, il faut à mon sens prendre en compte l'ensemble des métiers de nos organismes pour réussir les assemblages et les intégrations pertinents.

La deuxième idée fondamentale que je retiens et qui a été notamment évoquée par Emmanuel Roux, c'est celle de la rapidité de l'assurance. Nous devons nous efforcer d'apporter des réponses rapidement. Celles et ceux qui ont été confrontés à la perte d'autonomie dans leur entourage savent qu'elle peut se manifester de manière progressive mais aussi se déclarer soudainement. Chacun peut se retrouver du jour au lendemain dans la situation d'aider un proche en perte d'autonomie et se sentir démuné.

Enfin, troisième axe important de nos débats : la question de l'aide aux aidants. Il s'agit d'un sujet central qui permet d'élargir la thématique de l'autonomie au-delà des seules personnes âgées et de dépasser la question de l'absence de ministère ou de secrétariat d'Etat dédié. Le vieillissement, la prise en charge de la perte d'autonomie et de l'aide aux aidants concernent la société tout entière et notamment les employeurs, publics et privés. Nous voyons que la question des aidants commence à mûrir dans les réflexions des entreprises, des administrations et des partenaires sociaux. Nous savons que la situation d'aidant est source d'absentéisme. N'avons-nous pas des réponses à apporter en termes de solvabilisation, à des personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de concilier leur vie professionnelle et leur « statut » d'aidant ? L'aide aux aidants est une question clé sur laquelle nous, institutions de prévoyance et organismes mutualistes, pouvons mener ensemble une réflexion commune. Encore une fois, il ne s'agit pas d'envisager une solution unique, mais de porter une réflexion commune. C'est notre ambition à l'OCIRP.

Patrick Lelong

Merci, **Pierre Mayeur**, pour cet appel à la collaboration entre organismes non lucratifs pour construire une réponse commune, mais en effet pas forcément unique. Cette approche devrait permettre de rallier les acteurs concernés tout en leur permettant de continuer à exprimer leur diversité.

Nous voyons bien, en fin de colloque, qu'il existe bien une cause commune. Ce qui rassemble les organismes non lucratifs est plus important que ce qui les sépare. Mutuelles et institutions de prévoyance peuvent et doivent se parler. On peut dire que ces acteurs seraient même coupables de ne pas le faire, car elles risqueraient alors de laisser le champ libre aux opérateurs lucratifs. Le dialogue, au sein des modèles paritaire et mutualiste, est une méthode qui a fait ses preuves.

Ce matin, chacun s'est accordé pour dire que demain, les organismes non lucratifs doivent aller de l'avant, faire entendre leur voix. Entre mutuelles et institutions de prévoyance, il ne s'agit pas d'un cousinage où chacun s'ignore, mais au contraire, d'une collaboration fondée sur une légitimité. La solidarité n'est pas seulement un joli mot ou un concept. La question est la suivante : « Et maintenant, qu'allons-nous faire faire ? ». Nous accueillons maintenant Thierry Beudet, président de la FNMF.

Allocution de clôture

Thierry Beaudet

Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

Voilà une belle entrée en matière... Bonjour à toutes et à tous. J'ai griffonné quelques mots et je ne sais pas si je vais parfaitement répondre à cette interrogation. Quand on n'a pas assisté à des débats, on ne prétend pas les résumer ou en faire une synthèse. Ce serait un manque de savoir-vivre et d'humilité. Je vais simplement vous dire quelques mots.

Tout d'abord, je voudrais très sincèrement me féliciter de l'organisation de cette journée et en féliciter les initiateurs : la Mutualité Fonction Publique retraite, son président, Jean-François Jean, l'OCIRP, et tout particulièrement, son directeur général adjoint, Jean-Manuel Kupiec. Avec les technologies modernes, désormais, on twitte, on échange par SMS et par conséquent, même si je n'étais pas là ce matin, je peux tranquillement saluer la réussite de l'événement, dont j'ai eu écho. Le plateau comptait des intervenants de très haut niveau, la salle était comble. Je voudrais saluer aussi ce pari réussi, qui me parle, de réunir les acteurs du non-lucratif. Comme c'est un succès, un peu immodestement, je me félicite donc que la Mutualité Française ait cru à ce projet dès ses prémices, lorsque nous en avons parlé la toute première fois, en y apportant son soutien.

Je pense vraiment que l'organisation de la journée et les sujets abordés montrent que vous avez parfaitement appréhendé la question de la perte d'autonomie. L'augmentation du nombre de personnes âgées appelle certes des réponses financières, mais aussi des réponses sociétales. Il s'agit de construire des parcours de vie répondant aux besoins de ces personnes âgées à la fois en amont de la survenue de la dépendance, mais aussi une fois qu'elle est survenue. C'était le sujet de votre première table ronde : prévention et accompagnement.

Aujourd'hui, nous avons la possibilité nouvelle de penser ces parcours de vie et de les enrichir en y intégrant les opportunités offertes par le numérique et les technologies nouvelles. C'était le thème de votre deuxième table ronde et tout cela me paraît très pertinent.

J'ai dit que je ne ferais pas de synthèse, mais je voudrais vous faire part d'une réflexion. Ce qui me frappe, c'est la non-prise en compte, de façon appropriée, de la question du grand âge, l'insuffisante mobilisation pour la cause du grand âge. C'est vrai s'agissant des politiques. En 2007, le candidat Nicolas Sarkozy faisait de la création d'une cinquième branche de sécurité sociale et de l'instauration d'un droit opposable à la prise en charge de la dépendance des marqueurs forts de son programme. Les 22 Mds€ alors évoqués n'ont pas résisté à la crise financière de 2008. En 2012, le candidat François Hollande proposait d'adapter toute la société au vieillissement, ce qui était un discours novateur, à bien des égards, quant à la place des seniors dans la société, mais là encore, les moyens alloués à ce problème n'ont pas correspondu à l'ambition initiale, avec pour résultat toute la déception que l'on connaît. En 2017, le candidat Emmanuel Macron n'a pas fait de grandes promesses, et c'est finalement peut-être prometteur : personne n'est jamais à l'abri d'une surprise, et même d'une bonne surprise. Nous verrons bien. C'est symbolique, au plan politique, mais la perte d'autonomie des personnes âgées n'a encore jamais été déclarée grande cause nationale.

En parallèle de ce manque de mobilisation politique, il n'y a pas de puissante mobilisation citoyenne, pas de puissante mobilisation militante, alors même que pour nos générations, pour les générations à venir, la plupart d'entre nous avons déjà été confrontés, de près ou de loin, à la dépendance d'ascendants. Je ne suis pas un spécialiste comme vous, mais il me semble que pour nous, la question n'est plus véritablement de savoir si notre dépendance surviendra, globalement, mais quand elle surviendra. Ce n'est plus une surprise. Et pourtant, il n'y a pas de mobilisation, en dehors de cette salle. Le sujet a peu de résonance.

Peut-être faut-il aller chercher des explications au plus profond de chacun d'entre nous : la dépendance des personnes âgées comme le prélude à la mort. Le sociologue Norbert Elias, dans ses ouvrages, déclare souvent être frappé, révolté par la solitude des mourants. C'est comme si nos angoisses, l'intime, comme si la non-acceptation de notre propre vieillissement, de nos propres pertes de capacités, de notre propre mort, l'ultime, pouvaient conduire à nier, à refuser d'anticiper, à refuser de se saisir de ce sujet pour les autres, pour les siens.

Comme si, quand l'intime touche à l'ultime, finalement, nous faisons ce que nous pouvons : nous nous attachons à endurer le mieux possible la situation quand elle survient. Nous nous attachons à garantir les conditions d'une belle mort. Surtout, nous cherchons à enfouir, à mettre derrière nous l'épreuve une fois qu'elle est passée. Je le dis parce que cela me frappe beaucoup, et je relève que c'est très différent de la question de la dépendance résultant du handicap. Pour un parent, le handicap d'un enfant peut devenir très vite le combat de toute une vie. Une vie pour une vie, une vie pour améliorer une vie. Nous connaissons tous des militants de la cause du handicap, nous savons comment ils font changer les regards, comment ils mobilisent, comment ils pèsent sur les politiques publiques. Mais il n'y a rien de tout cela en matière de dépendance et de perte d'autonomie du grand âge.

Prévention, action sur les conditions de vie, maintien du lien social, adaptation du cadre de vie, établissements, inclusion de garanties dépendance dans les offres... Je peux témoigner devant vous du fait que la Mutualité Française, ses mutuelles, mettent à contribution tous leurs savoir-faire pour développer des solutions concrètes, pour maintenir le capital autonomie et pour permettre aux personnes d'exercer une liberté de choix le plus longtemps possible. Si nous investissons autant cette question, c'est parce que nous considérons qu'accompagner la transition démographique, c'est jouer notre rôle de compagnon de vie tout au long de la vie, compagnon de vie de nos adhérents et aussi leur famille : descendants, ascendants... Vous avez évoqué tous ces sujets, mais nous savons combien la question des aidants, de l'aide aux aidants, du répit des aidants est aussi centrale.

Les uns et les autres présents dans cette salle, nous réfléchissons, nous agissons, et c'était l'objet de votre troisième table ronde. Nous agissons, certes pas à la hauteur des enjeux, parce que nous savons bien que très largement, c'est une question de solidarité nationale. Mais quand les pouvoirs publics ne parviennent pas à mobiliser les ressources nécessaires à une réponse adaptée, alors, sans attendre, chers amis du monde non lucratif rassemblés ici à l'initiative de Jean-François Jean et Jean-Manuel Kupiec, nous avons à prendre date. Nous avons à poursuivre nos échanges, à imaginer des solutions ensemble, à y réfléchir ensemble, à les construire ensemble. Je crois vraiment qu'alors que la cause n'est pas portée, ou ne l'est que peu, nous, mutualistes et plus largement, nous, acteurs du monde du non-lucratif, nous devons être des militants de la cause de l'âge. Voilà, très simplement, ma modeste contribution à vos travaux.

Merci de votre attention.

PERTE D'AUTONOMIE :

LA RÉPONSE DES ORGANISMES NON-LUCRATIFS



OCURP
protéger. agir. soutenir

MFP
RETRAITE
La prévention pour votre bien-être

avec le soutien de :



En partenariat avec :

