

CONFÉDÉRATION NATIONALE DES RETRAITÉS DES PROFESSIONS LIBÉRALES  
46, BOULEVARD DE LA TOUR MAUBOURG, MAISON DES PROFESSIONS LIBÉRALES,  
PARIS 7E

3 janvier 2014

---

**Livre blanc**

**Les retraités professions libérales**

Guy ROBERT

---





# S'adapter à une nouvelle vie

## Les retraités de l'exercice libéral : des méconnus !

Les retraités des professions libérales appartiennent aux classes moyennes. Ils sont d'anciens professionnels, ont pratiqué dans plus de deux cents exercices différents réglementés et non réglementés. Qu'ils soient issus des familles du droit, du cadre de vie, du chiffre, des techniques et de la santé, ils ont été au service des besoins essentiels de la population.

Comme tous les retraités, ils sont en droit d'attendre de vivre une retraite dans la sérénité en gardant confiance en matière financière, leur sécurité physique devant être protégée par les pouvoirs publics qu'ils soient nationaux, régionaux, départementaux ou municipaux.

Les plus de 60 ans vont représenter bientôt 30% de la population française. Déjà au sein des professions libérales, les retraités représentent 25% des ressortissants des Caisses de retraite. Et parmi les allocataires 25% sont des conjoints seuls dont beaucoup ont été les collaborateurs des professionnels libéraux.

Certes, nous appartenons à une époque où ceux qui prennent des risques et veulent assumer pleinement leur responsabilité professionnelle paraissent appartenir à un monde à part alors que la règle générale est plutôt de se garantir de la protection de l'État. Aussi, les retraités des professions libérales n'ont jamais été créanciers de l'État, font partie des classes moyennes et comme toutes les autres catégories sociales, ils méritent d'être reconnus par l'ensemble de la société.

C'est donc par une fâcheuse conception de certains tenants de la pensée politique et sociale de notre pays, que les professionnels libéraux sont censés avoir les moyens de débrouiller seuls en se passant d'un regard bienveillant de la Société

## Les trente glorieuses : une époque dans l'histoire

L'extraordinaire effervescence économique mondiale que nous connaissons et son cortège de mutations sociales dues aux transformations des composantes de la population, à l'évolution des modes de travail, notamment à la féminisation des activités, à l'urbanisation croissante, à la désindustrialisation, rendent difficiles les maintiens des acquis sociaux. Ces évolutions, auxquelles il faut ajouter l'allongement de la durée de vie, changent complètement les données établies au cours de la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle. C'est pourquoi la situation des retraités des professions libérales ne peut plus être perçue à travers le prisme des « 30 glorieuses ». Les professionnels libéraux retraités ne sont pas plus exemptés des maladies du grand âge et de la perte de facultés cognitives que les autres catégories sociales. Leurs revenus de retraités sont souvent inférieurs à ceux de leurs homologues cadres ou membres de la fonction publique.

C'est pourquoi la Confédération nationale des retraités (CNRPL), soucieuse de défendre les conditions de vie et d'existence de professionnels qui ont assuré durant de longues années la qualité de vie de la population, a défini des axes d'actions au regard des réalités de ce début du XXI<sup>ème</sup> siècle.

---

## Quels objectifs ?

- Être représentée en tant que membre associé au sein de la délégation de l'Union nationale des professions libérales au conseil d'administration de la Caisse d'assurance vieillesse des professions libérales ;
- Être représentée à la Confédération française des retraités afin de faire connaître et valoir les orientations de la CNRPL et participer aux négociations relatives à la vie des retraités ;
- Ne pas entrer dans un régime de retraite de base universelle sans que le système par points ne soit pas établi de manière générale ;
- Refuser la mutualisation des régimes complémentaires de retraite des professions libérales, capital d'économies qui leur appartient l'ayant constitué par leurs cotisations volontaires et prévoyantes ;
- Continuer à ce que leurs Caisses autonomes soient gérées par les professionnels eux-mêmes sous la tutelle de l'État mais en gardant leurs maîtrises de gestion ;
- exiger que les textes qui prévoient le maintien à domicile par des avantages financiers accordés aux aidants familiaux soient généralisés à toute la population y compris celle des retraités des indépendants et des professionnels libéraux ;
- Les économies réalisées par les cotisations à un régime complémentaire tout au long d'une vie professionnelle, constituent des biens, des réserves financières permettant d'affronter une longue vieillesse... ;
- Faire prendre conscience que les professions libérales comprennent désormais, outre les professions les plus connues tels médecins, avocats, notaires, plus de deux cents professions non réglementées dont un grand nombre d'auto-entrepreneurs arrivés récemment en masse mettant notre régime de base en déséquilibre ;
- Exiger des pouvoirs publics que les professionnels cotisants actifs exerçant notamment en Bénéfices non commerciaux (BNC) ne soient pas surchargés de taxes et d'impôts nationaux et locaux venant grever leur possibilité de se constituer un capital de retraite.

## Être conscients et prévoyants

La Confédération nationale des retraités souhaite que dans toutes les Caisses autonomes de retraite des retraités fassent partie de leur conseil d'administration. Si beaucoup ont déjà réalisé cette évolution, elle n'est pas encore totalement généralisée. Inquiète également de l'avenir de l'exercice libéral, la Confédération nationale des retraités des professions libérales apportera son soutien aux Caisses autonomes pour constamment défendre le niveau de nos retraites et faire respecter la parole de l'État qui doit maintenir les justes équilibres.

Il faut apporter informations et conseils par tous moyens tels des guides imprimés ou informatisés pour inciter les futurs retraités à prendre conscience de l'éventuelle augmentation de la durée de leur vie et de ses conséquences. Déjà certains régimes complémentaires de salariés et des caisses agricoles établissent des contrats définissant des labels de qualité avec les industriels, les artisans de manière à ce que les personnes âgées puissent, en connaissance de cause, choisir leurs équipements domotiques et leurs matériels de sécurité, par exemple, sans craindre les déconvenues. La CNRPL souhaite notamment rendre conscients les préretraités qu'il est préférable d'aménager ou d'acquérir des résidences au moment où ils pourront, plus facilement qu'à un âge avancé, obtenir des prêts et se garantir par des contrats d'assurance.

En raison de nouvelles formes d'exercice (sociétés, coopératives, groupes divers...) favorisant le salariat, la CNRPL souhaite qu'à partir d'études prospectives des prévisions démographiques de l'exercice libéral envisagent des solutions capables de pallier d'éventuelles diminutions d'effectifs purement libéraux ; le salariat attirant de plus en plus les jeunes di-

---

plômés. La féminisation des professions libérales qui est, notamment, très accentuée dans beaucoup de professions de santé notamment, va très prochainement atteindre la parité dans l'ensemble du monde libéral. Cela implique que cette parité d'exercice se réalise aussi dans les conseils d'administration de nos Caisses à l'horizon 2020, le rôle des femmes devenant primordial.

La CNRPL rappelle également que les conjoints ayants-droit puissent avoir une voix consultative au sein des Caisses autonomes. Leur nombre devient préoccupant en raison de l'allongement de la durée de vie.

## **Informer...Informer...Informer...**

Afin de bien préparer les futurs retraités à leur nouvelle vie, la CNRPL souhaite que les caisses de retraite et les organismes professionnels mettent en place des programmes d'informations sur les démarches administratives pour prendre sa retraite dans de bonnes conditions, en tenant compte des contextes économiques et fiscaux. Certes déjà, beaucoup de conseils sont donnés, mais à ce sujet l'installation d'un guichet spécialisé et facilement joignable avec un numéro vert, où les futurs retraités pourraient obtenir les indications aux démarches nécessaires à leur prise de retraite, assorties de conseils permettrait de faire connaître les conséquences financières dues à une fin d'activité.

A ce sujet, la Confédération souhaite rechercher des formules de financement pour aménager et transformer ou acquérir des lieux de retraite par des prêts adaptés au moment du départ en retraite ou éventuellement plus tard par des viagers sécurisés permettant soit le maintien dans les lieux avec des gardes à domicile, soit de payer les loyers d'Établissements de retraite appropriés.

Le Livre Blanc que vient de rédiger la CNRPL va permettre à chacun de s'informer sur ses droits. Notre Confédération va, avec persévérance, s'attacher à créer des liens avec les responsables administratifs en charge du monde des retraités dans les communes, les départements et régions. Déjà elle est présente dans les CODERPA de tous les départements et siège dans les organismes nationaux des retraités.

**Guy ROBERT**

## Pour bien fixer les choses . . .

Les professions libérales : un secteur d'activités qui compte près de deux cents professions différentes.

Le secteur des entreprises de professions libérales est un secteur très diversifié, qui inclut à la fois de très grandes entreprises et de toutes petites activités individuelles.

Par les services qu'elles rendent en étant vouées aux besoins essentiels des hommes (santé, défense des biens et protection de l'environnement), les professions libérales s'exercent tant sous forme de société que d'exercice individuel. C'est leur diversité qui constitue leur richesse sociale, dans un monde dont la transformation s'effectue à une vitesse qui engendre inquiétude et par conséquent nécessite des contacts humains.

Les professions libérales contrairement à une image largement répandue ne sont pas toutes des professions nanties, mais au contraire constituent pour une large part des classes à revenus moyens.

Ci-après la liste des professions :

NOMENCLATURE D'ACTIVITES

6831	ZE	Experts Agricoles, Fonciers et immobiliers	6612	ZC	Gestion de portefeuilles
7111	ZA	Architectes	6619	AS	Supports juridiques de gestion de patrimoine
7111	ZI	Architectes d'intérieur	6619	BA	Autres auxiliaires financiers
7112	AG	Géomètres - experts topographiques	6621	ZB	Experts en assurance
7112	BI	Ingénierie et études techniques	6621	ZC	Experts en automobile
7120	BE	Essais et analyses techniques	6622	ZA	
7490	AC	Economistes de la construction	6629	ZA	Agents généraux d'assurances
9102	ZG		6630	ZG	Gestion de portefeuilles
9103	ZG	Gestion du patrimoine culturel	6832	BS	Supports juridiques de gestion de patrimoine
9104	ZG	Gestion du patrimoine naturel	6920	ZC	Activités comptables
6910	ZA	Avocats	7010	ZA	Administration d'entreprises
6910	ZG	Greffiers	7021	ZC	
6910	ZH	Huissiers de justice	7022	ZC	Conseils en affaires et gestion
6910	ZN	Notaires	7211	ZR	Recherche et développement en sciences physiques et naturelles
6910	ZP	Commissaires-Priseurs	7219	ZR	Recherche et développement en sciences humaines et sociales
6910	ZU	Administrateurs judiciaires	7220	ZD	
6910	ZV	Avoués	7311	ZA	Agences, conseil en publicité
8423	ZI	Justice	7311	ZG	
4773	ZP	Pharmaciens	7312	ZG	Gestion de supports de publicité
7500	ZV	Vétérinaires	7320	ZE	Études de marchés et sondages
8610	ZH	Activités hospitalières	7410	ZP	Services annexes à la production
8623	ZD	Chirurgiens-dentistes	7430	ZS	Interprètes et traducteurs
8690	BL	Biologistes	7490	BE	Enquêtes et sécurité
8690	DI	Infirmiers	7490	BP	
8690	DS	Sages-femmes	7490	BS	
8690	EK	Masseurs kinésithérapeutes rééducateurs	7740	ZP	Services annexes à la production
8690	EO	Orthophonistes	7810	ZA	Graphologues
8690	EP	Pédicures Podologues	7810	ZS	Services annexes à la production
8690	ER	Orthoptistes	7810	ZT	Psychologues, Psychothérapeutes, Psychanalystes
8690	ET	Ostéopathe, Chiropracteurs, Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Sophrologues et autres	7830	ZM	Sélection et mise à disposition du personnel
8690	FD	Diététiciens	7912	ZG	Gestion de supports de publicité
1813	ZA	Graphistes	8010	ZE	
4332	CA	Agencements de lieux de ventes	8020	ZE	
4611	ZA	Agents commerciaux, mandataires et autres intermédiaires du commerce	8030	ZE	Enquêtes et sécurité
4612	AI	Centrales d'achats non alimentaires	8211	ZS	
4612	BI		8219	ZS	Secrétariat, sténographes
4613	ZI		8230	ZO	Organisation de foires et salons
4614	ZI		8219	ZP	
4615	ZI	Agents commerciaux, mandataires et autres intermédiaires du commerce	8299	ZP	Services annexes à la production
4616	ZI	Agents commerciaux, mandataires et autres intermédiaires du commerce	8299	ZS	Secrétariat, sténographes
4617	AC	Centrales d'achats alimentaires	8421	ZA	Affaires étrangères
4617	BI	Agents commerciaux, mandataires et autres intermédiaires du commerce	8520	ZE	Enseignement primaire
4618	ZI	Agents commerciaux, mandataires et autres intermédiaires du commerce	8531	ZE	Enseignement secondaire
4619	AI	Centrales d'achats non alimentaires	8532	ZS	Enseignement secondaire technique et professionnel
4619	BI	Agents commerciaux, mandataires et autres intermédiaires du commerce	8542	ZE	Enseignement supérieur
3812	ZB		8552	ZA	Autres enseignements
3819	ZB	Activités de banques de données	8559	AE	Formation des adultes
3821	ZE		8559	BA	Autres enseignements
3829	AE		8560	ZC	Conseils en affaires et gestion
3829	BE		8690	FT	Psychologies, Psychothérapeutes, Psychanalystes
3829	CE	Edition de logiciels	9001	ZA	
6201	ZA	Autres activités de réalisation de logiciels	9002	ZA	
6201	ZB	Activités de banques de données	9003	AA	
6202	AC	Conseil en systèmes informatiques	9003	BA	Activités artistiques
6202	BA	Autres activités de réalisation de logiciels	930	NE	Autres services personnels
6203	ZT		9604	ZA	Activités thermales et thalassothérapie
6311	ZT	Traitement de données	9609	ZA	Graphologues
6312	ZB	Activités de banques de données	9609	ZB	Autres services personnels
6399	ZP	Services annexes à la production	9609	ZT	Psychologues, Psychothérapeutes, Psychanalystes
6420	ZA	Administration d'entreprises	9700	ZS	Services domestiques
6430	ZP	Organismes de placements en valeurs mob.	9900	ZA	Activités extraterritoriales
6611	ZA	Administration de marchés financiers			





# Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>13</b>
1.1	Les différents âges du vieillissement . . . . .	13
1.2	Une spécificité des professions libérales ? . . . . .	14
1.3	Un cinquième risque ? . . . . .	15
1.4	Changer le regard de la société . . . . .	17
1.4.1	Un exemple, le développement de la silver économie . . . . .	18
1.4.2	Lutter contre l'âgisme : renforcer les instances de représentation des professions libérales . . . . .	18
<b>2</b>	<b>Projections démographiques</b>	<b>19</b>
2.1	Un rapport démographique positif . . . . .	19
2.2	Regain des PL non réglementées . . . . .	21
2.3	Féminisation des professions libérales . . . . .	22
2.4	Le salariat avant la création d'entreprise, la pluri-activité . . . . .	24
2.5	Évolution vers un exercice individuel sans salarié . . . . .	26
2.6	Conclusion . . . . .	27
<b>3</b>	<b>Les transitions vers la retraite</b>	<b>28</b>
3.1	Le vieillissement actif ? . . . . .	29
3.2	L'expérience libérale au moment de la retraite . . . . .	30
3.3	Les conditions du maintien de l'activité . . . . .	32
3.3.1	Se former pour prolonger l'activité ou préparer sa retraite . . . . .	33
3.3.2	Être en bonne santé et satisfait de son travail . . . . .	36
3.4	Préparer la transmission de son entreprise . . . . .	39
3.5	L'éventuelle reprise d'activité . . . . .	42
3.5.1	Les motivations . . . . .	42
3.5.2	Les dispositifs législatifs et les difficultés rencontrées . . . . .	43
3.6	Conclusion . . . . .	47
<b>4</b>	<b>Avoir prise sur l'environnement</b>	<b>49</b>
4.1	Lutter contre l'isolement . . . . .	49
4.1.1	L'isolement des personnes âgées . . . . .	49
4.1.2	Les moyens de lutter contre l'isolement ? . . . . .	50
4.2	Modifier son environnement : les mobilités . . . . .	51
4.3	Rester chez soi : le maintien de son autonomie . . . . .	54
4.3.1	Les aménagements du domicile . . . . .	56
4.3.2	Le financement . . . . .	56
4.3.3	Les contraintes des structures d'aide aux personnes âgées . . . . .	58
4.4	Les structures d'accueil collectives . . . . .	61
4.4.1	Les logements foyers . . . . .	61

4.4.2	Les EHPAD . . . . .	62
4.4.3	Les unités de soins de longue durée (USLD) . . . . .	63
4.4.4	Conclusion . . . . .	63
<b>5</b>	<b>La question des aidants</b>	<b>65</b>
5.1	Caractéristiques des aidants familiaux . . . . .	65
5.2	Les difficultés et évolution des aidants familiaux . . . . .	66
5.2.1	Nécessité d'un statut . . . . .	66
5.2.2	Conciliation avec la vie professionnelle . . . . .	66
5.2.3	Difficulté des tâches . . . . .	67
5.2.4	L'évolution des aidants . . . . .	67
<b>6</b>	<b>La sécurité physique et financière</b>	<b>69</b>
6.1	La maltraitance à domicile et dans les établissements . . . . .	69
6.1.1	Les situations à risques . . . . .	70
6.1.2	La prévention . . . . .	71
6.1.3	La maltraitance financière . . . . .	71
6.2	Le droit contre la maltraitance . . . . .	72
6.2.1	Le droit civil . . . . .	72
6.2.2	Le droit à la consommation . . . . .	73
6.2.3	Le droit pénal . . . . .	75
6.2.4	Pour conclure... . . . . .	76
6.3	Choisir sa protection future . . . . .	76
6.3.1	Les principes et fonctionnement . . . . .	76
6.3.2	Le mandat de protection future . . . . .	79
6.3.3	Entre l'autonomie et la protection . . . . .	79
6.4	Conclusion . . . . .	81
<b>7</b>	<b>Patrimoine et revenus</b>	<b>83</b>
7.1	Patrimoine . . . . .	84
7.2	Fiscalité . . . . .	88
7.3	Pensions de retraite . . . . .	89
7.3.1	Les Pensions de retraite : de base et complémentaire . . . . .	89
7.3.2	Conjoint collaborateur et allocation de réversion . . . . .	90
7.3.3	L'ASPA (minimum vieillesse) . . . . .	92
7.4	Allocation personnalisée à l'autonomie - APA . . . . .	93
7.4.1	Lorsque la personne se maintient à domicile . . . . .	95
7.4.2	En établissement . . . . .	97
7.5	Compléter ses revenus, assurer de nouveaux besoins . . . . .	98
7.5.1	Le recours au crédit . . . . .	98
7.5.2	Le viager . . . . .	100
7.5.3	Le prêt viager hypothécaire . . . . .	102
7.6	Succession et législation fiscale . . . . .	103
7.6.1	Les règles légales . . . . .	104
7.6.2	Le testament . . . . .	105
7.6.3	Le testament partage . . . . .	105
7.6.4	Les formes du testament . . . . .	105
7.6.5	Le mandat à titre posthume . . . . .	106
7.6.6	Transmettre de son vivant . . . . .	106
7.7	Le recours au principe assurantiel . . . . .	106

---

7.8 Conclusion . . . . .	109
<b>8 Pour conclure : communiquer, sensibiliser, rapprocher</b>	<b>110</b>
8.1 La lutte contre les discriminations : âgisme . . . . .	110
8.2 Pour une aide et une gouvernance de proximité... . . . . .	112
8.2.1 Les villes . . . . .	112
8.2.2 ... qui font participer les personnes âgées . . . . .	114
<b>A Organisation de la CNAVPL</b>	<b>123</b>
<b>B Revenus des indépendants</b>	<b>124</b>
<b>C Charte des droits et liberté de la personne âgée, en situation de handicap ou de dépendance</b>	<b>125</b>
<b>D Les pyramides des âges</b>	<b>126</b>



# Chapitre 1

## Introduction

Phénomène démographique de long terme, qui met en rapport le nombre de personnes jeunes et le nombre de personnes âgées, le vieillissement de la France connaîtra son pic entre 2005 et 2035 selon les prévisions de l'INSEE. Les baby-boomers c'est-à-dire les générations nées entre 1946 et 1975, qui auront plus de 60 ans, représenteront alors 30 % de la population en 2035. Ce sont l'allongement de la durée de vie et la montée en âge des générations qui restent les principales causes du vieillissement en France, malgré son taux de fécondité élevé de 2,00 enfants par femme, par comparaison par exemple à l'Allemagne dont le taux de fécondité est 1,39 (*source : INED, 2011*).

### 1.1 Les différents âges du vieillissement

Les institutions sociales au sortir de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale ont contribué à figer le cycle de vie des individus en trois étapes : la jeunesse consacrée à la formation, la vie active pendant laquelle l'agent économique est productif, la retraite représentant la vieillesse. Or les progrès médicaux et les évolutions sociologiques ont altéré cette distribution et ont créé un décalage entre les âges biologiques et les âges sociaux. Ainsi, au moment de la retraite, la plupart des personnes ont encore de nombreuses années à vivre en bonne santé (pour les retraités nés en 1942, on estime en moyenne 26,4 ans d'espérance de vie à 55 ans pour les hommes et 32,8 ans pour les femmes (Andrieux and Chantel, 2013)), ce qui a étendu la période du « troisième âge ». Le « troisième âge » peut lui-même être ventilé en trois phases :

- les seniors, entre 50 et 75 ans, en emploi ou à la retraite, qui insérés dans la vie sociale et économique, sont en bonne santé. Ils recourent la génération dite « pivot » ou « sandwich » qui est celle des 45-65 ans encore active qui doit actuellement faire face à la problématique des enfants de moins en moins indépendants (difficultés d'insertion professionnelle et d'autonomie des jeunes) et de leurs propres parents atteignant le grand âge. Le rapport BOULMIER (Boulmier, 2009) parle également de l'âge de la performance (60-75 ans) ;
- les personnes âgées qui désignent les plus de 75 ans. A cet âge, les signes d'altération se multiplient : dégradation de la santé, vie sociale moins dense. La personne se retire de plus en plus. Le troisième âge concerne dans ce groupe les personnes encore autonomes, mais plus vulnérables aux « poly-minihandicaps » ;
- A 85 ans, et au-delà le risque de perte d'autonomie est prévalent, marquant le « grand âge ». Les fragilités se révèlent, c'est l'âge de la « dépendance ».

TABLE 1.1 – Espérance de vie à 60 ans par sexe et catégorie socio-professionnelle (en années)

	Hommes		Femmes	
	1976-1984	2000-2008	1976-1984	2000-2008
Cadres	19,2	24,0	24,1	27,8
Professions intermédiaires	18,3	22,3	23,1	27,4
Agriculteurs	18,3	22,3	22,2	26,2
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	18,6	22,2	22,7	27,1
Employés	17,0	21,0	22,6	26,4
Ouvriers	15,9	19,6	21,6	25,5
Inactifs non retraités	12,3	16,0	21,8	25,2
Ensemble	17,1	21,1	22,2	26,1
Rapport cadres / ouvriers	1,21	1,22	1,12	1,09

Note : ces indicateurs appartiennent à la liste des indicateurs d'inégalités préconisés par le groupe de travail « Niveaux de vie et inégalités sociales » du CNIS.

Champ : France métropolitaine

Source : INSEE, Échantillon démographique permanent (EDP)

## 1.2 Une spécificité des professions libérales ?

Il est difficile de parler du vieillissement comme un phénomène qui toucherait de façon homogène la population à partir d'un seuil d'âge. Notamment en raison du décalage entre les âges biologiques et les âges sociaux et parce que les situations individuelles divergent selon les trajectoires de vie.

Les différences sont déterminées par le sexe, le diplôme, la profession, les comportements, les modes de vie et les générations auxquelles on appartient. Ainsi, malgré des politiques de santé visant à améliorer le statut des individus, on continue de constater la persistance d'inégalités selon le niveau socio-économique, (voir le tableau des espérance de vie après 60 ans, paragraphe 1.1) ou selon certaines conduites à risque, qui sont révélatrices de différences sociales et économiques.

**Les professions libérales, des retraités particuliers ?** L'entrée dans une carrière libérale et son corollaire la création d'entreprise, de nombreuses études l'ont montrée, n'est pas le fait du hasard, ni d'un choix purement individuel, mais s'explique plutôt par des facteurs sociaux ou patrimoniaux tels que l'environnement familial, le capital social, l'investissement de départ dont le travailleur dispose, sa trajectoire professionnelle, etc... De même, la sortie de carrière et l'existence qui suit, sont conditionnées par l'expérience de vie et notamment la profession et le statut social laissent leur empreinte. Car la fin de carrière influence le sentiment identitaire des retraités. Au moment de la retraite, sept retraités sur dix se définissent comme des retraités tout simplement, mais les professions libérales qui ont une identité forte<sup>1</sup> restent très liées à leur ancienne profession. Les membres des professions libérales sont aussi plus nombreux à regretter, au moins de temps en temps, leur travail : 56% des retraités libéraux sont dans ce cas, contre 44% de l'ensemble des retraités (Cremer, 2004).

La progression du salariat, qui a accompagné le développement des grandes entreprises et s'est nourri de l'exode rural poussant la main d'œuvre vers un mode de production industriel et fordiste, a occulté aux yeux des chercheurs, les caractéristiques et les évolutions des travailleurs indépendants. De fait, la crise actuelle du système de protection sociale, construit autour du salariat industriel, occupe tout l'espace du débat public.

1. Elles partagent ce sentiment avec les agriculteurs.

Jusqu'à ces dernières années, il existait peu de recherches sur l'entrepreneur et le travailleur indépendant. Mais depuis peu en Europe et dans le monde académique anglo-saxon, les chercheurs se sont penchés sur ce domaine de l'économie, où de nouvelles formes d'entreprises ou de *travail autonome* apparaissaient, favorisées par les politiques d'externalisation des entreprises, le déploiement de la société des services et la nouvelle économie.

En France, la résurgence de ce mode de travail dans les trajectoires professionnelles des individus (Beffy, 2006) a été soulignée par plusieurs articles axés sur le travail indépendant. Sont étudiés notamment la santé et les conditions de travail (cf. colloque : le travail indépendant, 18 septembre 2013), les comportements d'épargne, les représentations syndicales en tant que patronat, etc. . . qui ont fait apparaître des particularités au sein de cette population.

Lorsque ses membres partent en retraite, on peut penser que leurs besoins et leur contribution en tant que retraités vont différer de ceux des salariés, leur protection sociale étant moins étendue, par ex. il n'existe pas de protection contre les accidents du travail, il n'est pas prévu d'indemnités de remplacement en cas de maladie. Concernant la retraite, les pensions sont relativement faibles, leur modestie doit être compensée par une stratégie individuelle d'épargne et de patrimonialisation des revenus issus du travail. Or cette épargne peut s'être érodée, en raison des fluctuations financières récentes qui ont mis à mal les placements, des rapports immobiliers plus faibles, de la fiscalité du capital, des transferts familiaux descendants, etc. . .

Dans le contexte de crise financière, puis de crise des dettes souveraines, avec un resserrement possible de la dépense publique et des politiques sociales, il est légitime que les retraités français issus des professions libérales s'interrogent quant au maintien de leur pouvoir d'achat face à l'augmentation des dépenses de santé ou de transport, quant à la continuité de l'offre de soins (restrictions budgétaires des établissements hospitaliers et système de santé sous pression), au patrimoine qu'ils pourront laisser à leurs descendants ou à la prise en compte de leur citoyenneté dans une démocratie attaquée par les inégalités et le « repli » sur soi. En tant que futurs retraités et encore actifs, les professionnels libéraux peuvent s'interroger sur le montant de leurs futures pensions, reflets d'une carrière heurtée, sur l'impact qu'aura un environnement économique et sociétal plus incertain et sur la rémanence enfin du modèle laissé par leurs aînés.

D'un point de vue plus général, on peut s'interroger enfin sur les conditions de la participation des anciens membres des professions libérales à la vie civile. Il n'y a pas d'études catégorielles sur le travail bénévole, mais il est prouvé que bien que non pris en compte par la comptabilité nationale, il génère de la valeur. Il crée des externalités positives, individuelles et collectives (Sirven and Godefroy, 2009), telles que l'évolution des valeurs et des comportements au sein du vivre ensemble, l'amélioration de la confiance entre les individus, dont la Société française paraît manquer<sup>2</sup>. Est-ce que la crise et son climat morose les feront renoncer à leurs engagements civiques ?

### 1.3 Un cinquième risque ?

Selon la définition de la loi du 24 janvier 1977,

« La dépendance se dit d'un état de la personne qui nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. »

2. Cf. les travaux de Y. ALGAN et P. CAHUC, La société de défiance, comment le modèle social français s'autodétruit, Collection du CEPREMAP, octobre 2007

Dans son allocution le 25 janvier 2013 lors du congrès de l'UNIOPSS<sup>3</sup>, le Président François HOLLANDE annonçait une loi pour la dépendance à la fin de l'année (adaptation de logements, mise en place d'une offre et de solutions intermédiaires entre le domicile et les EHPAD, soutien des aidants, révision des tarifs des maisons de retraites et... plan de financement). La dépendance est une problématique récurrente depuis cinq ans et pourtant, il faut savoir que ses dispositifs ne concernent pour l'instant qu'une minorité des personnes de plus de 60 ans (7 %), soit plus d'un million de personnes, dont 66 % atteints d'Alzheimer ou d'autres formes de démence (Gimbert and Godot, 2010).

L'évolution du nombre de personnes dépendantes peut être freinée par la détection précoce et la prévention, et le fait que les personnes sujettes à ces risques prennent soin, dès 50 ans par des comportements appropriés, de retarder le moment de la déclaration de la maladie. Néanmoins, si individuellement chacun peut faire reculer le moment de la perte d'autonomie, en terme démographique, se pose la question du rapport financier entre les sujets (à court terme les baby-boomers) risquant l'état de dépendance et les jeunes générations actives, sur lesquelles repose la charge de ce risque (solidarité intergénérationnelle et système de répartition obligent), estimée en 2008 à 21 milliards d'€. Cette charge, qui représente un point du PIB passerait à 1,29% du PIB en 2015, puis à 1,55% en 2025 (Vasselle, 2011). Elle est encore marginale, si on la compare aux autres risques sociaux (retraite, santé).

Dans le contexte de recherche d'efficacité de la dépense, il est nécessaire que la prise en charge de la perte d'autonomie qui concerne autant le vieillissement que le handicap se réorganise. Car selon la Cour des comptes, les réponses actuelles souffrent d'une gouvernance trop éclatée, malgré la mise en œuvre depuis 2005 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)<sup>4</sup> Or, interviennent également l'assurance maladie et les Agences régionales de santé (ARS), les conseils généraux, l'État, les municipalités, les associations, les caisses de retraites, etc. . .

De fait, la première aide sollicitée par les personnes âgées, l'Allocation pour l'autonomie (APA), souffre de trop de disparités, dans sa répartition entre les départements, des règles d'attribution et du contenu de la prestation, de l'organisation des équipes médico sociales, de la gestion des dossiers, et en particulier, du contrôle et de l'évaluation de l'efficacité des plans d'aide élaborés. Les disparités interdépartementales se traduisent en inégalités, avec un reste à charge des bénéficiaires qui varie, du simple au double.

Du point de vue de la personne âgée, la conservation de son autonomie (c'est-à-dire la capacité de décider de son mode de vie, concept différent de l'autonomie fonctionnelle) se heurte à une multiplication de financeurs, à la frontière entre la maladie (ARS) et le social (départements), à la complexité dans l'offre des aides et des soins, qu'il reste difficile de coordonner pour les qu'aidants familiaux. Par ailleurs, on peut s'étonner de la faible participation de la population et des usagers âgés dans les prises de décision du domaine sanitaire et social<sup>5</sup> qui les concernent.

La mise en œuvre d'un 5<sup>ème</sup> risque pourrait faciliter la lutte contre la fragmentation des dispositifs (Henrard, 2007) et surtout leur pérennité à long terme. Elle détacherait son financement du principe contributif qui régit son rattachement en tant que branche. C'est-à-dire, que les prestations accordées seraient alors universelles, reposant sur la solidarité nationale (comme le risque maladie ou le risque famille). Les orientations des pouvoirs publics pencheraient sur un 5<sup>ème</sup> risque doublé d'une dimension assurantielle, soit la combinaison d'un

3. Union nationale inter-fédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux

4. Cet organisme public est chargé, en tant qu'expert, du financement et de la mise en œuvre des aides en faveur des personnes âgées et handicapées, pour l'égalité sur l'ensemble du territoire. Il intervient par des animations et le suivi de la qualité des services rendus aux personnes.

5. Il est prouvé que les patients âgés sont moins impliqués dans la prise de décisions, que les patients plus jeunes (AGE - Plate-forme européenne des personnes âgées, 2006).



financement public et d'une assurance individuelle soutenue par des mesures fiscales.

L'organisation d'une telle réforme supposerait :

- de définir le contour de la population à risque susceptible d'être couverte (maintient-on la frontière entre personnes âgées et les personnes handicapées et les personnes atteintes d'une maladie de longue durée, invalidante avec le critère de l'âge ?) ;
- de définir le contenu du risque ;
- de s'assurer de la pérennité du financement en clarifiant la part du financement public et des mécanismes de prévoyance individuelle ou collective et en prenant en compte les ressources du bénéficiaire (y compris son patrimoine) et en subventionnant les français les moins aisés (Plisson, 2012) ;
- de définir quelle en sera la gouvernance et à quel niveau du territoire seront prises les décisions entre la solidarité nationale et les départements (recueil de fonds, allocation des dotations dans les territoires, aux prestataires, reconnaissance des bénéficiaires et mise en œuvre des plans d'aides et de soins).

Quelle que soit l'orientation de la réforme à venir, sa mise en œuvre et surtout la clarification de son financement permettraient de sortir d'un attentisme délétère dans lequel sont plongés les agents économiques.

## 1.4 Changer le regard de la société

Le vieillissement est vécu dans nos sociétés comme une catastrophe à la fois individuelle et au niveau macro économique (les dépenses de protection sociale). Comment aborder seurement la question au niveau individuel, si la société ne la reconnaît pas, si elle masque le phénomène et ne s'y prépare pas...? c'est cette difficulté qui explique le déni de cette problématique.

Car c'est en raison d'un regard négatif sur le vieillissement et son extension « la dépendance », que la société est empêchée d'investir socialement. Il y a donc un paradoxe entre les bienfaits (la bonne nouvelle) du phénomène et l'investissement social qui devrait en résulter.

C'est parce que le vieillissement reste opposé à des valeurs désirées comme la jeunesse, l'action, l'utilité dans la sphère productive, la performance économique qu'il est négativement noté (Rahola, 2011). Or les capacités de nos aînés se sont améliorées, de telle sorte que ces derniers constituent un pilier actif de la société, au centre de transferts intergénérationnels qu'il convient de mettre en lumière (Cusset et al., 2013), sans opposer les générations.

De plus la dépendance n'est pas un état définitif. Comme le handicap, elle peut être compensée par des aides techniques ou humaines. Ainsi, changer le regard que la société porte sur nos aînés, c'est :

- changer l'environnement, permettant à nos aînés de choisir leur mode de vie ;
- valoriser les compétences des seniors, notamment en tenant compte de l'apport des jeunes retraités actifs, par leur participation de proximité aux actions mises en œuvre par les municipalités ;
- développer les gérontotechnologies ;
- préserver le droit des plus âgés, en leur permettant d'exprimer leurs volontés et en améliorant la prise en charge de la fin de vie.

Préserver les droits des plus âgés et conserver leur place dans notre société, c'est éviter de leur faire subir une discrimination : **l'âgisme**. Car il est vrai que mettre une minorité à l'écart risque de renforcer son désengagement, sa mise de côté volontaire par réaction.

Dans ce domaine, les politiques publiques ont eu une responsabilité importante puisqu'elles discriminaient souvent leurs effets en fonction de l'âge de la population ciblée, le besoin étant sous-entendu. Ce qui a eu pour conséquence de segmenter la société (par ex. po-

litique de la petite enfance, politique de la jeunesse, emploi jeune, etc. . .) rendant acceptable pour le modèle de protection sociale continentale qui est le nôtre « une protection sociale sans travail » selon ESPING-ANDERSEN cité dans l'article de la sociologue Anne-Marie GUILLEMARD « Pourquoi l'âge est-il en France le premier facteur de discrimination dans l'emploi ? » (Guillemard, 2007). Pour les populations les plus âgées, à leur corps défendant, les politiques publiques ont eu pour effet de restreindre leur autonomie, alors que l'effet contraire était recherché. C'est pourquoi changer de paramètre et choisir la durée au lieu du seuil de l'âge peut être un moyen de rendre les dispositifs moins discriminants, par ex. bénéficier de sa pension au terme d'une durée de cotisation et non en fonction uniquement d'un âge de départ.

#### 1.4.1 Un exemple, le développement de la silver économie

Les transformations de la société et l'adaptation demandées ne peuvent pas oublier le rôle des professionnels du monde médico-social. Leurs compétences seront nécessaires et ce besoin créera des emplois du *care* (les aides soignantes les infirmières, etc. . .) à valoriser par une campagne d'information et des grilles de rémunération attractives. Les jeunes doivent être informés des opportunités d'emploi dans ces secteurs. Car, il faut prévoir des difficultés de recrutement du fait de la disparition progressive du vivier traditionnel des femmes entre 35 et 50 ans et sans diplôme.

#### 1.4.2 Lutter contre l'âgisme : renforcer les instances de représentation des professions libérales

L'âgisme est la discrimination sur le critère de l'âge. Le phénomène peut être subi par les jeunes et par les personnes âgées. Il se manifeste par différentes façons et peut prendre la forme d'obstacles juridiques ou politiques, de stéréotypes, de préjugés ou de harcèlement. Poussé à son paroxysme, il devient maltraitance, physique ou psychologique.

Longtemps cantonnées au domaine de l'emploi et de la formation, les discriminations sont également présentes dans le quotidien des personnes âgées et des retraités notamment concernant l'accès à certains biens ou services.

Généralement, les personnes âgées ne s'identifient pas à leur âge, elles préfèrent d'autres critères tels que, l'origine professionnelle, etc. . . À mesure que la société se diversifie, l'âge en tant que critère de distinction ne se justifie plus et conduit à des situations ressenties comme arbitraires et discriminatoires, empêchant les individus de participer à la vie civile et sociale. Or la possibilité d'intervenir dans les débats, sur les questions de société et politiques est le fondement de l'expression de la citoyenneté. Les personnes âgées veulent apporter leur voix et leur expérience sur leurs sujets et d'autres plus généraux. Notamment, elles doivent être consultées à propos de services locaux (communes et municipalités) mis en œuvre à leur destination afin de mieux prendre en compte leurs besoins, leurs préférences, leurs contributions et leurs compétences.

On notera la faible audience et les moyens peu étendus des instances de représentation et de défense des personnes âgées, en particulier selon leur catégorie professionnelle. **A ce propos, les professions libérales ne sont pas suffisamment représentées.** Il est dommage d'écarter des décisions qui les concernent, les professionnels libéraux dont l'apport intellectuel est important et dont l'expérience humaine est grande. Par leur ancienne activité professionnelle, les retraités d'exercice libéral ont un rôle considérable à jouer.

Pour cette raison, les connaissances que l'on a des retraités ne doivent plus être celles d'un groupe homogène. **Un travail de promotion, de formation et de recherche sur la population âgée pourrait ainsi changer le regard de la société.**

## Chapitre 2

# Projections démographiques

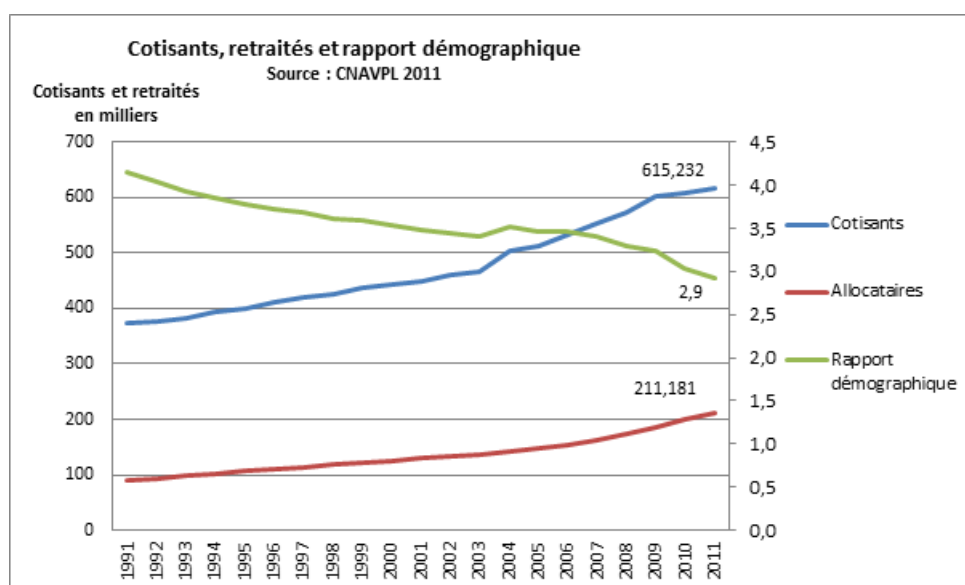
Les retraites des professionnels libéraux sont servies par trois caisses :

- la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), comprend dix sections professionnelles, financièrement et juridiquement autonomes (voir l'annexe A) et compte 626 700 affiliés en exercice en 2011 ;
- la Caisse nationale des barreaux français (CNBF) affine les avocats libéraux et salariés, soit près de 53 700 avocats (Ministère de la Justice et des Libertés et al., 2012) ;
- le RSI Commerce (la caisse de retraite des agents commerciaux), pour laquelle on estime à 52 870 le nombre de professionnels<sup>1</sup>

NB : les données qui suivent, concernent les données de la CNAVPL, des chiffres de la CNBF et du RSI Commerce sont signalés, quand ils sont disponibles.

### 2.1 Un rapport démographique positif

En 2011, la CNAVPL comptait 626 700 affiliés en exercice. Le rapport démographique global (nombre de cotisants / nombre d'allocataires) est de 2,91. A titre de comparaison le même ratio est de 1,4 pour le régime général, de 1,08 pour les artisans et de 0,98 pour les commerçants.



1. Non-salariés ou mixtes. Source : caisse de retraite, traitement DGCIS-P3E

La CNAVPL est composée de dix sections pour chaque groupe professionnel (exemple : la CARMF pour les médecins, la CRN pour les notaires, etc. . . voir en annexe A). Les sections les plus importantes en termes effectifs affiliés en exercice sont :

- la CIPAV (215 900 affiliés), regroupant les principales professions techniques et cadre de vie. Cette section a connu depuis les années 2000 une forte augmentation de ses effectifs, soit 173% de croissance entre 2001 et 2011 (y.c. les auto entrepreneurs) ;
- la CARPIMKO des auxiliaires médicaux (qui compte 159 100 professionnels, soit + 40% sur la même période) ;
- la CARMF des médecins (forte de 125 500 professionnels, + 1%).

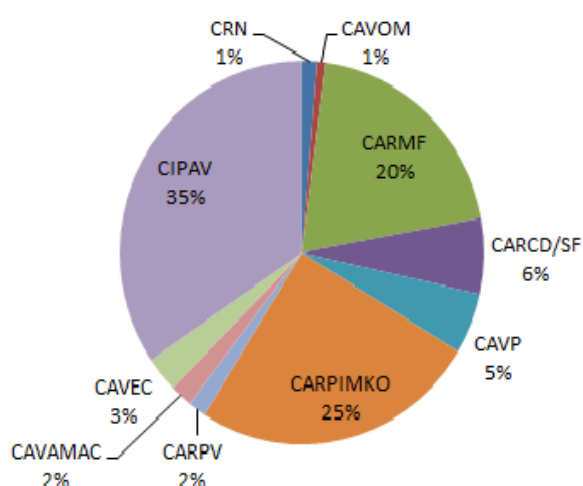


FIGURE 2.1 – Répartition des affiliés en exercice, source : CNAVPL 2011

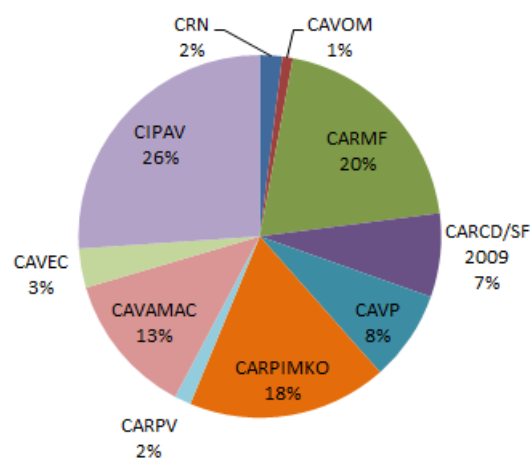


FIGURE 2.2 – Répartition des allocataires, yc cotisants, alloc. réels, source : CNAVPL 2011

Par ailleurs, la CNAVPL verse des pensions à 211 181 allocataires (cotisants et non cotisants). Les sections dont le nombre d'allocataires a le plus progressé, entre 2001 et 2011, sont :

- La CIPAV, avec + 132% ;
- La CARPIMKO, avec +131 % ;
- La CARMF, soit + 62 %.

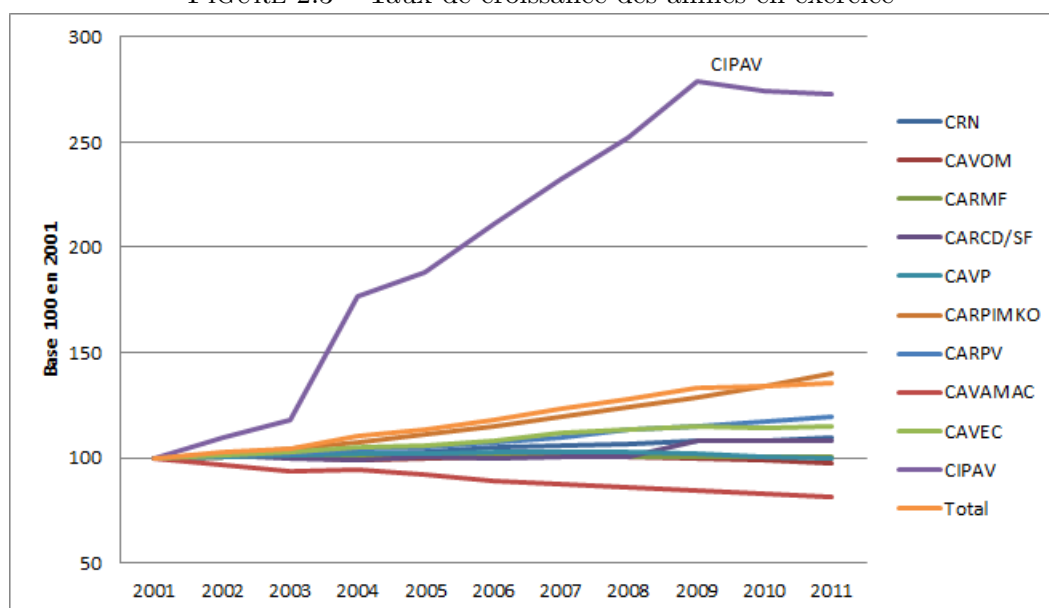
Globalement les affiliations d'actifs à la CNAVPL augmentent, on constate par exemple entre 2001 et 2011 un bond de 35,2% des effectifs en exercice. Si la caisse nationale recrute, du fait du développement du secteur libéral dans l'économie, cette croissance ne touche pas toutes les sections professionnelles d'une même manière. En effet, les deux dernières décennies ont été les témoins d'évolutions sociodémographiques, qui ont modifié qualitativement les exercices libéraux.

Ainsi, les revenus des professionnels (habituellement élevés et stables) sont susceptibles de changer en tendance : ils seront moins importants et plus dépendants des retournements de conjoncture.

Bien que les chefs d'entreprises du secteur libéral jouissent, par rapport aux autres indépendants, de rémunérations conséquentes, il y a une grande dispersion de ces dernières (voir annexe B). Parfois même des divergences existent entre deux professionnels de même activité mais de générations différentes. C'est l'effet « cicatrice », attaché à certaines générations, du à l'absence d'un processus de rattrapage et de persistance des inégalités (Dormont and Samson, 2009).

Pour expliquer cette plus grande hétérogénéité parmi les membres des professions libérales,

FIGURE 2.3 – Taux de croissance des affiliés en exercice



Source : CNAVPL 2011

des facteurs structurels interviennent. Ce sont par exemple :

- la part de plus en plus importante des professions non réglementées ;
- la progression de la féminisation ;
- la place du salariat et de la pluri-activité dans la trajectoire des professionnels ;
- la diminution des professionnels employeurs au profit des travailleurs indépendants.

Par ailleurs, de plus en plus d'entreprises sont confrontées à une concurrence de marché accrue. Les répercussions de la crise de 2009 fragilisent les revenus de certaines de ces professions libérales, affectant l'équilibre du régime à court terme et par rebond les retraites futures.

## 2.2 Regain des PL non réglementées

Fin 1990, le regain des activités indépendantes dans l'économie a particulièrement contribué à l'essor des services aux entreprises, des activités de conseils et d'expertise et des services à la personne.

Les premiers sont tirés par la demande des entreprises, dans un contexte de concurrence accrue et de besoin de réassurance et d'expertise. Les seconds profitent des changements démographiques de la population française, friande de nouveaux services aux particuliers, notamment dans l'enseignement. Les activités libérales non réglementées, affiliées à la CIPAV, ont vu leur population croître très rapidement, voir le graphique 2.3. Leur part dans l'ensemble des professionnels affiliés à la CNAVPL est passée de 17% en 2001 à 35% en 2011<sup>2</sup> voir le graphique 2.1. D'autre part, la mise en œuvre de l'auto-entrepreneur en 2009, accessible aux ressortissants de la CIPAV a « boosté » la création d'activités libérales non réglementées (près de 92 000 auto entrepreneurs libéraux en 2009, en particulier dans les domaines de

2. L'absorption de la CREA (qui comptait 23 400 professionnels) par la CIPAV en 2003 explique une grande partie de cette augmentation, d'autant que la croissance des professionnels de l'enseignement et des arts appliqués relevant de la CREA est confirmée par le développement de ces activités dans l'économie.

l'enseignement, des activités scientifiques et techniques<sup>3</sup>), sans toutefois que du côté des revenus, les auto-entrepreneurs parviennent à générer un niveau de chiffre d'affaires qui les sorte des activités de complément. En effet en 2009, le 1<sup>ier</sup> bilan du régime réalisé par la DGCIS reportait que seuls 47 600 des auto entrepreneurs libéraux (soit 52%) généraient un revenu annuel moyen de 5 500 € par déclarant.

Ce rebond de créateurs d'entreprises en profession libérale s'est réalisé dans un contexte de concurrence économique et de politiques d'externalisation et de filialisation des entreprises, accompagné par un chômage persistant depuis les années 1970. Il ne sera pas étonnant de constater, notamment pour les professions libérales non réglementées, une concentration des revenus libéraux des professionnels les plus diplômés, ou à haute valeur ajoutée intellectuelle, face aux autres professionnels émergeant dans les niveaux de revenus bas ou intermédiaires.

Cette polarisation touche aussi les professions réglementées. Le phénomène a été positif pour certaines très qualifiées, comme les experts comptables ou les cabinets d'avocats, qui ont accru leur rentabilité<sup>4</sup>, sous contrainte d'une progression de l'exercice sociétal ou de concentration des cabinets au détriment de l'exercice libéral traditionnel.

Beaucoup plus préoccupante est l'évolution des professions libérales comme les architectes, plongés dans une situation précaire en raison d'une exposition plus sensible à la conjoncture, caractérisée par une crise (Ordre des architectes and Observatoire de la profession, 2012) durable du bâtiment, et concomitante à une explosion démographique de la profession. On constaterait non seulement un repli des architectes vers le salariat, mais également des difficultés d'insertion des jeunes et des femmes (Nogue, 2010). La dispersion des écarts de revenus entre les professionnels est une tendance qui probablement s'intensifiera, sur une base majoritaire de professionnels aux perspectives d'évolution négatives.

## 2.3 Féminisation des professions libérales

La part des femmes, au sein des affiliés en exercice de la CNAVPL, est de 42 %. Elle a augmenté de quatre points depuis 2001.

Traditionnellement représentées dans les professions de santé (avec des parts de plus de 65% pour la CARPIMKO, de 50% pour la CAVP, ou de 100% pour la CARSAF – absorbée en 2009 par la CARCD), les femmes sont encore minoritaires dans toutes autres les professions dites « techniques et du droit »<sup>5</sup> représentées à la CNAVPL, voir le graphique 2.4.

Plus précisément, pour les professions du droit, les taux de féminisation sont détaillés dans le tableau 2.1.

La problématique de la féminisation vis-à-vis des retraites relève moins de leur accès aux professions indépendantes que des moindres rémunérations perçues. Elles sont inférieures de près de 38 % à celles des hommes de même statut en 2008<sup>6</sup>.

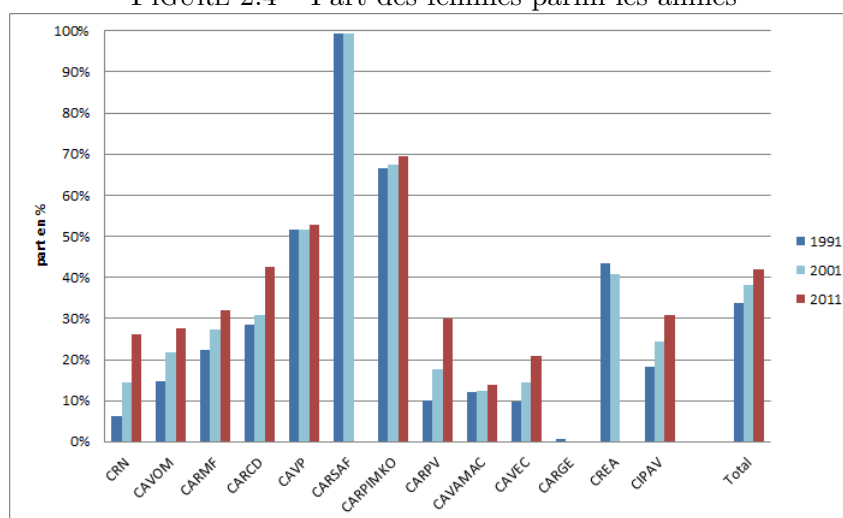
3. Bilan du dispositif des auto-entrepreneurs à fin août 2012, communiqué de presse de l'ACOSS du 2 novembre 2012. Selon les chiffres du RSI 2011, la part des auto entrepreneurs dans ses effectifs libéraux (c'est-à-dire les professions libérales hors les professionnels de santé conventionnés) a atteint 30%.

4. En effet, les revenus restent élevés 64 420 € en 2010 pour les avocats, 63 442 € pour les experts comptables. Source : les activités libérales continuent de se développer notamment grâce aux professions non réglementées, le 4 pages de la DGCIS, numéro 22, novembre 2012.

5. Les avocats affiliés à la CNBF, qui ont quitté la CNAVPL en 1954, forment une profession à part, car féminisée depuis 2009 où la proportion de femmes a dépassé pour la première fois celle des hommes. Elle atteint en 2012, 52,7% contre 46% dix ans auparavant. Dans le cas des avocats, féminisation de la profession n'entraîne pas automatiquement une augmentation du salariat puisque entre 2002 et 2012 la part du salariat a diminué de 55% (Ministère de la Justice et des Libertés et al., 2012). En revanche, cette féminisation s'est accompagnée d'un rajeunissement de la profession, ce qui impacte à la baisse les revenus de cette partie de la profession.

6. Fiches thématiques « Travail, emploi » - Regards sur la parité - Insee Références - édition 2012.

FIGURE 2.4 – Part des femmes parmi les affiliés



NB : la CARGE (géomètres-experts) et la CREA (enseignement et arts appliqués) ont été absorbées par la CIPAV respectivement en 1999 et 2003. La CARSAF (sages-femmes) a rejoint la CARCD en 2009.

Source : CNAVPL 2011

Les femmes professions libérales n'échappent pas aux inégalités de rémunération constatées chez les travailleurs indépendants.

Dans le secteur de la santé, où les honoraires sont réglés par une convention, le différentiel s'explique par des modes variés d'exercice. Par exemple dans les temps de travail : les rémunérations ne pouvant augmenter qu'en augmentant la durée de travail ou en déléguant les tâches, plusieurs études sur les médecins libéraux confirment qu'une moindre durée du travail féminin explique « le plus » des rémunérations des médecins hommes. Le nombre plus important d'actes techniques pratiqués par des spécialités comme la radiologie ou la chirurgie par rapport à des consultations ou des visites, moins rétribuées et dispensées par des spécialités telles que la pédiatrie ou gynécologie, où l'on retrouve en majorité des femmes, contribuent également à expliquer les écarts de revenu.

Dans les autres secteurs dits « techniques » où l'expertise influence beaucoup la valeur ajoutée (architectes, experts comptables, et autres services aux entreprises), les femmes sont pénalisées par leur moindre ancienneté et par des périodes de rupture de carrière dues aux enfants.

On montrera en outre que le nombre de salariés dans une structure libérale est positivement corrélé avec le revenu professionnel. Or, les femmes semblent gérer des structures plus petites que celles de leurs homologues masculins.

Une moindre rémunération au cours d'une carrière a forcément des conséquences sur les cotisations de retraite et donc sur la retraite. Il est à prévoir que les femmes libérales continueront à percevoir des pensions moins élevées que celles des hommes de la même génération. Il serait nécessaire que la CNAVPL publie des données sur les montants des cotisations et des droits générés par genre, pour avoir une estimation plus précise des écarts de pension futures.

On notera toutefois qu'en dépit des différences relevées dans leurs droits propres, le niveau de vie actuel des femmes retraitées des professions libérales s'est maintenu. Mais dans l'avenir, en raison des phénomènes de décohabitation, de séparation et de trajectoires familiales plus heurtées, les futures retraitées pourraient souffrir plus de leur insuffisance de revenus différés.

TABLE 2.1 – Féminisation des professions du droit

	Nombre	% de femmes	Age moyen total	Age moyen hommes	Age moyen femmes
Avocats*	56 176	52,7	43,2	46,2	40,5
Officiers publics ministériels**	13 270	28,7	49,9	50,5	45,5
Avocats au Conseil d'État	103	20,4	54,1	54,3	53,2
Commissaires-priseurs judiciaires	397	18,9	52,8	53,2	51,2
Greffiers des tribunaux de commerce	234	33,3	52,7	54,2	49,8
Notaires	9 312	29,5	49	50,5	45,5
Huissiers de justice	3 224	27,5	48,6	50	44,7

Sources : \* Pour l'âge moyen : CNBF- Rapport d'activité 2010 (Statistiques au 31 décembre 2010), \*\* Ministère de la justice, DACS-PEJC, PEPS – statistiques au 1<sup>er</sup> janvier 2012

## 2.4 Le salariat avant la création d'entreprise, la pluri-activité

Le porteur de projet qui crée son activité libérale dès la fin de ses études et qui devient chef d'entreprise « pour le métier » est de plus en plus rare : le salariat, voire le chômage ou l'inactivité-formation devient le passage obligé avant le « saut libéral ».

Cette logique se remarque facilement pour les sections comme la CIPAV où le nombre d'années cotisées est relativement faible et montre la place d'un statut, généralement salarié, précédant le statut libéral : moins de 15 ans et en régression, 11 ans en 2011 (cf. Figure 2.5).

Le cas de la CIPAV est atypique puisque le nombre moyen d'années de cotisation pour la CNAVPL, tournant autour de 20 ans, est relevé par les niveaux des autres professions, la plupart au-dessus de 25 ans cotisés. En effet, il y a très peu d'écart (écart type = 0,6 en 2011) entre l'âge moyen de liquidation (63,74 ans en 2011) et l'âge moyen de liquidation des sections. C'est à l'immatriculation (36 ans en moyenne) que les différences entre les sections sont visibles (écart type = 3,5 en 2011). Ainsi la CIPAV montre un écart à la moyenne de plus de 3 ans et demi.

Même pour les professions réglementées, ces trajectoires sont plus fréquentes, par ex. le cas des médecins qui s'installent en moyenne autour de 39 ans.

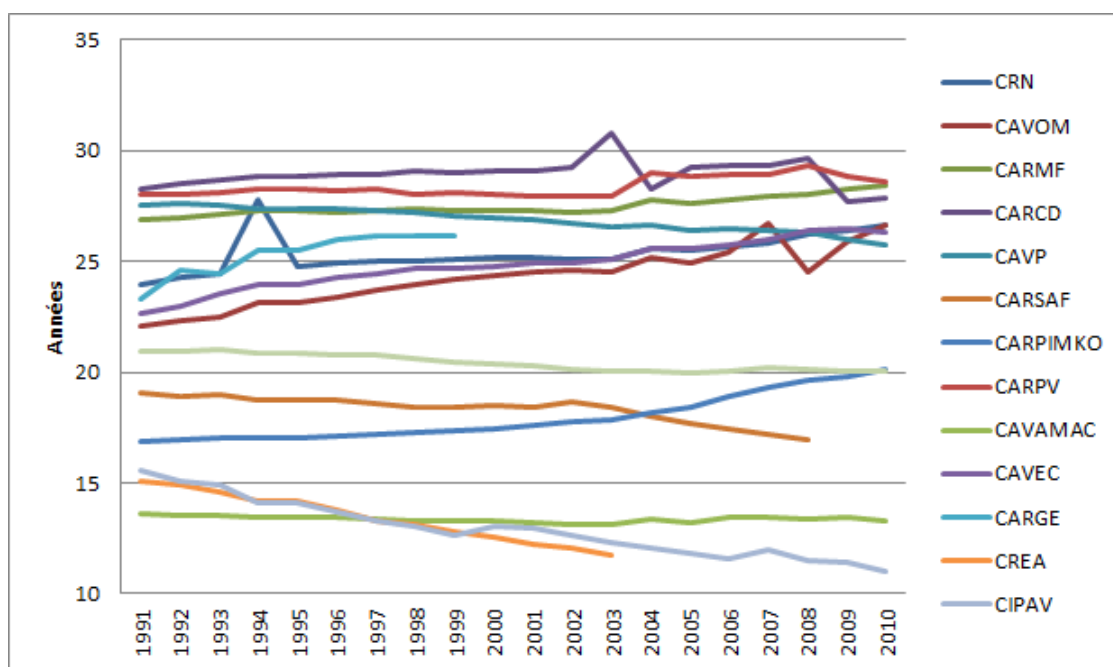
Lorsque le secteur est soumis à la concurrence, comme chez les jeunes experts comptables salariés qui, dans un contexte de concentration des cabinets préfèrent accumuler expérience, capital social et financier avant de lancer leur propre cabinet, on peut s'attendre à une installation libérale *tardive mais choisie*. Pour les avocats, si le salariat est un statut marginal (5,4%), c'est en raison de l'adhésion de la profession au statut de collaborateur libéral (Art. 18 de la loi PME du 2 août 2005), comme moyen d'insertion des jeunes professionnels.

Par ailleurs, du point de vue de la question des retraites, ces deux professions ont su garder une unité des statuts salarié et indépendant puisque les cotisations retraites d'un professionnel en transition sont prélevées par la CAVÉC pour qui le passage d'un expert-comptable du statut salarié au statut libéral n'a pas de conséquence sur l'acquisition de ses droits à la retraite ; la même organisation existe pour le CNBF des avocats. Les autres professions libérales sont soumises aux règles différenciées de leur régime de retraite de base.

Pour les professions libérales non réglementées, non seulement les régimes généraux et la CIPAV n'ont pas structuré les transitions (cf. les hésitations de la CIPAV lors de la mise en application du régime de l'auto-entrepreneur en 2009), *mais souvent le passage vers le statut libéral est contraint* (chômage, discrimination sur le marché du travail, politique de

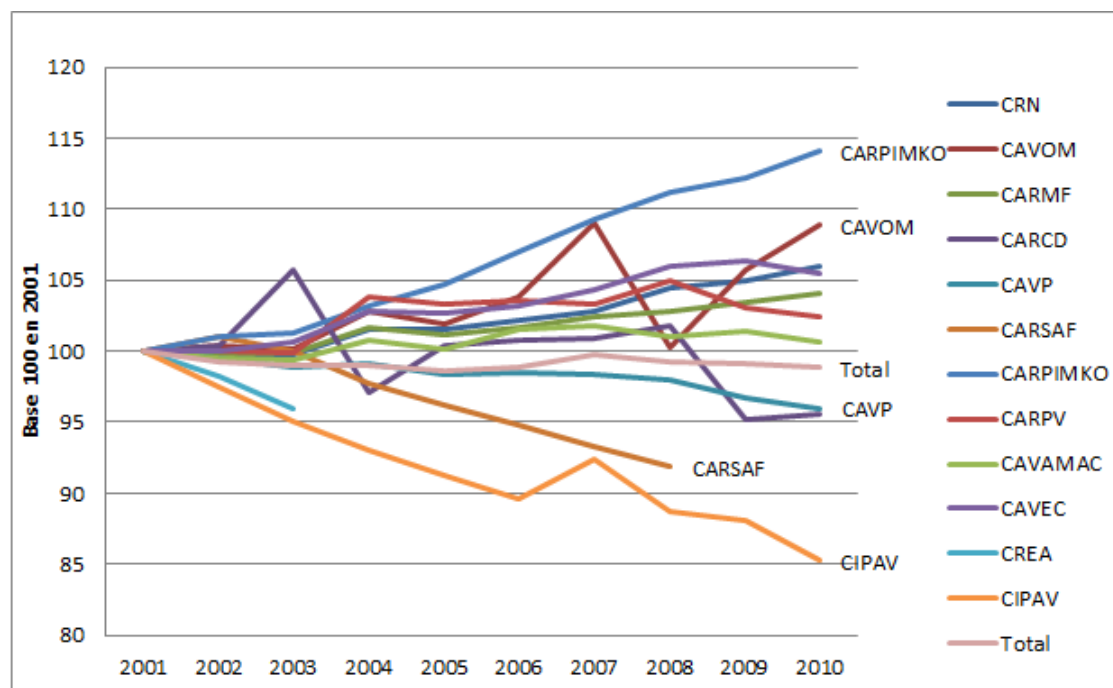


FIGURE 2.5 – Années de cotisation



Source : CNAVPL 2011

FIGURE 2.6 – Taux de croissance du nombre d'années cotisées



Source : CNAVPL 2011

management à flux tendus des entreprises, etc. . .). Le cumul d'activité libérale et salariée est fréquent – notamment dans les secteurs artistiques et de la création -, sans mentionner le cumul demandeur d'emploi et libéral<sup>7</sup>. Ces conditions, où le travailleur indépendant subit ce statut et crée non pas une entreprise, mais seulement son propre emploi, renvoient à *la zone grise de para subordination* décrite par l'avocat J. BARTHÉLÉMY et interrogent sur l'étendue de la couverture de protection sociale et de retraite à servir à ces nouveaux professionnels.

Les pouvoirs publics ont appelé à des efforts de coordination entre les différents régimes, pour éviter des situations d'inégalité de traitement entre deux travailleurs. D'un point de vue général, le COR<sup>8</sup>, notait que les polypensionnés, dont la part a sensiblement augmenté pour les générations nées en 1970 et après, sont appelés à être plus nombreux dans l'avenir du fait des mobilités des carrières. On remarquera, par ailleurs, qu'une période de chômage peut s'intercaler fréquemment dans une trajectoire, ainsi un professionnel libéral pourrait par intermittence ou partiellement exercer son activité indépendante, gérant au cours de sa vie active un « mille-feuille » de revenus de différentes sources et aussi faibles les uns que les autres, surtout si le statut de pluri actif est subi.

## 2.5 Évolution vers un exercice individuel sans salarié

Dans les différentes études qu'il publie sur les revenus des indépendants, l'INSEE souligne à plusieurs reprises l'influence positive d'« être employeur » sur le niveau des revenus. A titre d'exemple, dans l'édition 2009 de sa publication « Les revenus d'activité des indépendants », un indépendant salariant 1 à 4 salariés a 84% de chance en plus que son homologue non employeur de générer des revenus positifs (non nuls). L'employeur obtient alors, toutes choses égales par ailleurs, un revenu supérieur de 118,3% à celui du travailleur indépendant sans salarié. Cf. le tableau 2.2

TABLE 2.2 – Probabilité d'avoir un revenu positif et montant du revenu d'activité (strictement positif) du non salarié - Principaux facteurs explicatifs

	Caractéristiques du non salarié	Probabilité que le revenu soit positif (modèle logit)	Revenu du non-salarié (modèle tobit)
	Pas de salarié	ref.	
Nombre de salariés	Entreprise de 1 à 4 salariés	84	118,3
	Entreprise de 5 à 10 salariés	173,5	269,2
	Entreprise de 11 à 19 salariés	176	376,3
	Entreprise de 20 salariés ou plus	116	500,8

Source : Extrait du tableau 10 page 22, les revenus des indépendants, édition 2009, INSEE

Or il est à noter une tendance des entreprises à se défaire de leurs salariés, y compris dans les TPE, du fait des départs des chefs d'entreprise à la retraite, du fait des fluctuations de conjoncture et à ne pas réembaucher.

Notamment, la crise de 2009 et « ses répliques », sans période de franche reprise économique, ont fragilisé la situation des très petites entreprises, y compris du secteur libéral. L'article « Shifts in the Job Structure in Europe during the Great Recession » (Hurley et al.,

7. Le cumul des statuts chômeur et travailleur indépendant est facilité par le dispositif « activité réduite » mis en place par Pôle emploi, qui permet de cumuler les allocations chômage et les revenus libéraux pendant un maximum de 15 mois.

8. Retraites : la situation des polypensionnés, conseil d'orientation des retraites, 9<sup>ième</sup> rapport, adopté le 28 septembre 2011

2011) note que le retournement économique a contribué à diminuer le nombre des indépendants employeurs en Europe, près d'un tiers des pertes d'emploi étant de leur fait. D'un autre côté, le groupe des indépendants sans salarié augmente leurs effectifs. Par exemple : dans les secteurs tels que les services professionnels scientifiques et techniques, les indépendants employeurs diminuent (- 5%), alors que les professionnels « solos » confirment leur essor (+12%). Or, la plupart des indépendants qui créent leur activité sans intention d'embaucher la première année ont très peu de chance de devenir employeur par la suite (Desiège et al., 2010). Traditionnellement, les professions libérales emploient peu de salariés (79% n'ont pas de salarié, 15% emploient 1-3 salariés, en 2010), mais la tendance pourrait aller en s'aggravant. Prises elles-mêmes dans l'obligation de flexibilité, elles se priveraient ainsi d'une opportunité d'augmenter et de stabiliser leur revenu professionnel et contribuer ainsi à l'avenir de leur pension.

## 2.6 Conclusion

Les changements de l'exercice libéral vont s'accroître : ils sont structurels et proviennent des évolutions de fonds en économie et dans la société. Plusieurs études, au Canada notamment, essaient de cerner la place et l'avenir des nouveaux travailleurs indépendants (y compris d'activité libérale), en appelant à renforcer leur filet de protection sociale, notamment des retraites, pour éviter une paupérisation d'une partie des populations.

## Chapitre 3

# Les transitions vers la retraite

Les sociétés occidentales d'Europe ont connu à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle un bouleversement démographique inédit : la transition démographique (baisse de la mortalité, puis baisse de la natalité), dont une des conséquences, en France depuis les années 1960, est le vieillissement « par le haut » des populations, induit par l'allongement de la vie (col, 2005).

Pour ces sociétés, le défi est d'adapter les solidarités collectives afin de prendre en charge les pertes d'autonomie dues au vieillissement biologique, mais également pour redonner aux personnes âgées d'aujourd'hui la place qui leur revient.

Car les politiques et l'opinion publique ont tendance à considérer ce phénomène comme un problème de prise en charge des effets de la sénescence, en se concentrant par exemple sur les questions sociales des dépenses de santé ou des pensions de retraite. Or, cette population n'est plus celle qui pendant les 30 glorieuses souffrait de pauvreté. Elle a changé ses habitudes (alimentaires, sportives, etc. . .). Ses membres, de la génération des baby-boomers, ont bénéficié d'un changement des conditions de travail (de l'industrie aux services), des progrès de la médecine et des efforts de prévention. Ils sont moins vulnérables aux maladies chroniques, qui limitent les capacités fonctionnelles donnant lieu à ce qu'on appelle « la dépendance ».

S'il n'est pas possible de lutter contre la sénescence, il reste en revanche à notre société de promouvoir un vieillissement réussi. La prise de conscience est récente si on juge par le nombre de rapports sortis après 2010 et par le fait que *La Journée mondiale de la santé* (7 avril) porte en 2012, le thème du vieillissement et la santé, et pour slogan « Une bonne santé pour mieux vieillir ».

Cette problématique n'est pas propre à l'Europe, mais touche tous les pays, notamment les pays à revenus faibles ou intermédiaires, où l'évolution démographique est la plus rapide et la plus spectaculaire. Plus de cent ans ont été nécessaires pour que la proportion de la population française âgée de 65 ans et plus passe de 7% à 14%, il faudra moins de 25 ans à des pays comme le Brésil ou la Chine pour atteindre la même proportion.

En Europe, la Commission a proposé de faire de l'année 2012, l'année européenne du *Vieillissement actif et de la solidarité entre les générations*. Consciente du vieillissement des populations (voir par exemple en Allemagne où le rapport démographique pâtit d'un faible taux de natalité) et de la problématique en terme de finances publiques, elle cherche à augmenter le taux d'emploi des seniors en améliorant les possibilités d'emploi et les conditions de travail des personnes âgées, en les encourageant à jouer un rôle actif et en promouvant le bien vieillir. Au delà de la croissance du ratio du taux d'activité des seniors, il reste nécessaire de renouer les solidarités intergénérationnelles, mises à mal par les évolutions du marché du travail, notamment l'affaiblissement des marchés internes, et les restrictions des finances publiques face à de nouveaux risques (monoparentalité, chômage de longue durée, dépendance. . .).

La difficulté est que cet effort doit se faire dans un contexte bouleversé par des changements économiques et sociaux importants : l'émancipation individuelle poussée jusqu'au retour de la pensée néo-libérale et les interrogations sur la place de l'État-Providence dans nos sociétés, sur la place des femmes, les restructurations familiales nouvelles, les difficultés des jeunes sur le marché du travail, la crise financière, la crise climatique, la crise de la relation salariale, etc. . . ne sont que quelques des traits les plus saillants du défi.

### 3.1 Le vieillissement actif?

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit *le vieillissement actif*<sup>1</sup> comme :

« Un processus qui consiste à optimiser les possibilités de vie en bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse. Il permet aux personnes d'atteindre leur potentiel de bien-être tout au long de leur vie et de participer à la société selon leurs besoins, désirs et capacités, tout en leur fournissant la protection, la sécurité et le soutien dont elles ont besoin. » (2002)

De nombreux rapports mettent en avant les bienfaits du maintien des personnes âgées en activité, qui vise (Gimbert and Godot, 2010) :

- l'allongement de la vie ;
- le maintien du cercle de socialisation qui évite l'isolement de la personne ;
- le maintien des capacités physiques et cognitives ;
- le maintien des compétences productives ;
- la satisfaction dans la vie ;
- la maîtrise de sa vie, le maintien de l'autonomie.

En effet, c'est par des mesures de prévention et des comportements appropriés pris aux alentours de la cinquantaine que la personne pourra améliorer ses conditions de vie plus tard.

A partir de quel âge peut-on s'interroger sur cette question du vieillissement actif ?

Il est habituel de considérer que la tranche d'âge des actifs se borne à 49 ans. Au-delà, deux tranches occupent les 50-65 ans et les 65 ans et plus. Les changements sociaux ont provoqué un autre découpage entre les 65-74 ans et les 74 ans et plus.

Si on considère la vie active sous la forme d'une trajectoire, on constate une rupture à 55 ans : avant ce seuil, les personnes actives n'ont pas de difficultés sur le marché du travail. Après, une partie importante d'entre elles n'y sont plus. Individuellement, il est très difficile une fois sorti du marché d'y revenir (Govillot and Rey, 2013).

Jusqu'à récemment, la problématique de la France se caractérisait par un taux d'activité des seniors inférieur au ratio européen (69,8 %). Depuis le début des années 2000, des mesures (cumul emploi retraite, suppression des préretraites, etc. . .) ont été prises pour enrayer la chute de l'indicateur qui avait atteint 60 %. En 2011, le taux d'activité des 55 - 59 ans est remonté à 69 %.

C'est donc bien avant le départ à la retraite, alors que le travailleur est en activité que la société doit promouvoir le vieillissement actif, s'interroger sur le sort qu'elle réserve à ses aînés et mettre en place des actions de prévention. Cette effort doit s'étendre aussi sur la période des 60-75 ans que le rapport BOULMIER appelle « l'âge de la performance », pour mieux préparer la transition entre le troisième âge et le quatrième âge (Boulmier, 2009).

---

1. Qui a donné lieu à des politiques sociales en terme de santé et à des innovations dans le cadre du plan bien vieillir 2007-2009.

C'est un schéma que nous envisageons également en ce qui concerne les professions libérales. Les questions du vieillissement actif intéressent chaque personne individuellement, quels que soient les statuts actuels ou successifs au cours d'une carrière professionnelle. Cependant, en tant que groupe professionnel, les professions libérales présentent des caractéristiques (une meilleure santé, un engagement social plus actif, des réseaux sociaux denses, des revenus et un patrimoine plus élevés que la moyenne. . .) qui devraient leur permettre d'aborder la fin de carrière avec sérénité et lucidité sur leur situation et sur les difficultés d'insertion des jeunes générations. Les professions libérales pourraient en tant que groupe professionnel saisir ce moment clef pour investir cette rupture et créer des conditions favorables au bien vieillir (Pinville, 2013) : pour faire de la prévention, pour améliorer les conditions de transition vers la retraite, pour favoriser l'insertion des jeunes, d'autant que ces derniers sur lesquels pèse le financement de leurs pensions, ne pourraient les assumer s'ils entraient dans la profession tard et dans de mauvaises conditions (« effet cicatrice »).

C'est sans doute parce que la société considère la retraite comme une mise à l'écart du cycle de la vie (alors qu'elle n'est qu'un retrait du marché du travail ou d'un segment du marché du travail) que la transition est vécue comme un traumatisme. Il y a donc une séparation, plus ou moins douloureuse, à laquelle par ailleurs le senior peut involontairement contribuer par des migrations régionales, orientées par exemple vers l'héliotropisme du bassin méditerranéen, vers la qualité de vie offerte par des départements essentiellement ruraux, enfin vers un accès au foncier plus aisé cf. l'attractivité de la grande couronne parisienne (Roussel et al., 2005). Or le professionnel doit s'aménager un sas d'adaptation pour se ré-approprier du temps libre.

Penser le vieillissement actif en tenant compte du passé professionnel est important puisqu'il conditionne la façon dans les personnes vont se réinvestir dans un projet et « reconstruire une place active » (Guibert and Mergier, 2012).

Les membres des professions libérales ont une capacité à gérer les ruptures. Leur formation universitaire (généraliste) favorise l'acquisition de nouvelles compétences. Leur vie professionnelle est constituée d'une succession de projets (par exemple la création d'entreprise, puis le développement de la clientèle) et de précarité.

Pourquoi ne pas gérer la fin d'activité professionnelle comme un projet ? un projet qui se déroulerait en trois temps :

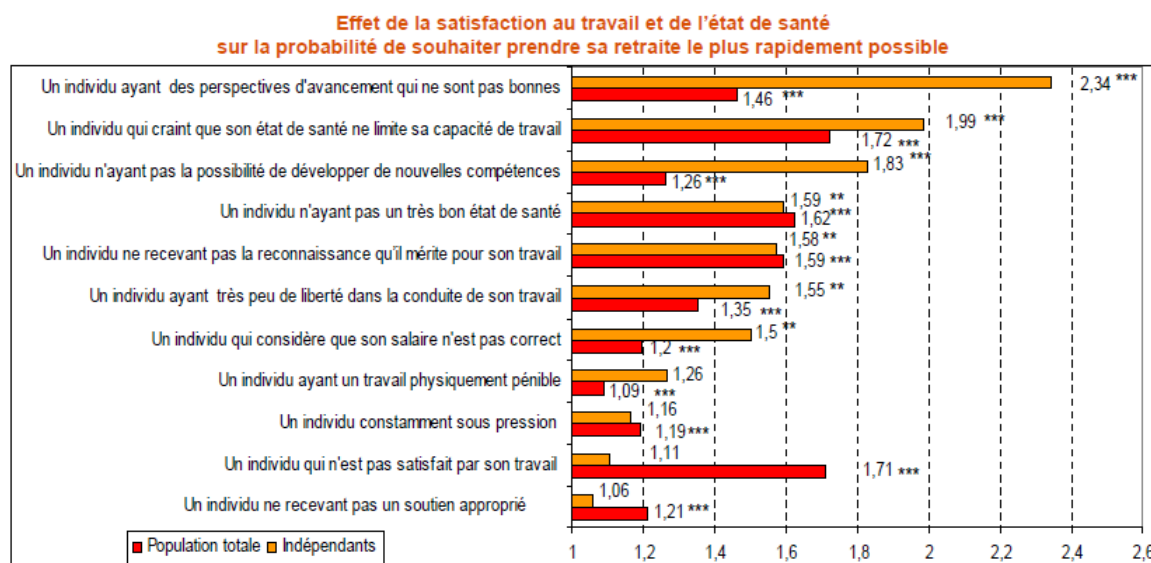
- la prolongation de l'activité professionnelle dans l'entreprise libérale, pour rechercher et accompagner un successeur ;
- la reconversion d'une activité dans le cadre d'une prolongation d'emploi au moment de la retraite ;
- la constitution d'une nouvelle activité professionnelle, éventuellement bénévole.

## 3.2 L'expérience libérale au moment de la retraite

Sous certaines conditions, le maintien de nos aînés dans l'activité et dans la vie sociale est un facteur d'amélioration de leur vie. C'est pourquoi il est important pour les seniors de se maintenir actifs, le travail étant synonyme de vie sociale, d'échanges humains et de nouvelles rencontres.

Or dans le cadre du salariat et du marché du travail, la mise en œuvre d'un consensus sociétal tacite de sortie des seniors contre un système de préretraites généreuses (les médecins libéraux n'ont pas échappé à cette logique, eux-mêmes ayant été concernés par le mécanisme de cessation anticipée d'activité ou MICA) a créé des discriminations expliquées par leur plus faible productivité, leur manque d'adaptation aux évolutions économiques, etc. . . (même si les études ont montré que leurs difficultés d'emploi relevaient plus de la capacité à rebondir après un licenciement que d'une faible productivité). Le chômage de longue durée est fatal à

FIGURE 3.1 – Effet de la satisfaction au travail et de l'état de santé sur la probabilité de souhaiter partir en retraite le plus rapidement possible



Source : Share. Champ : Individus européens âgés de 50 à 64 ans encore en emploi. Seuils de significativité : \*\*\*significatif au seuil de 1% ; \*\*significatif au seuil de 5% ; \*significatif au seuil de 10%. Lecture : Un individu dont les perspectives d'avancement ne sont pas bonnes a 2,3 chances de plus de souhaiter partir tôt à la retraite qu'un individu dont les perspectives d'avancement sont bonnes.

Source : (Koch-Mathian, 2008)

un âge avancé et abaisse leur employabilité.

Placé dans une situation opposée à celle des salariés, le professionnel libéral ne devrait pas subir cette finitude imposée dans sa carrière par la législation sociale et les préjugés du monde du travail, puisqu'en tant que chef d'entreprise, il ne peut être involontairement privé d'emploi. Par ailleurs individuellement, il cumulerait deux conditions qui lui font préférer le travail à l'inactivité (voir l'étude SHARE de D. BLANCHET et T. DEBRAND, citée dans le papier du RSI « Les spécificités des indépendants dans l'aspiration à la retraite » (Koch-Mathian, 2008)) : la santé<sup>2</sup> et la satisfaction au travail, c'est-à-dire les perspectives d'avancement et la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences.

La comparaison européenne montre qu'au sud de l'Europe, la proportion d'indépendants souhaitant partir le plus vite possible en retraite est supérieure à celle des Pays du Nord, la France se situant parmi les européens aspirant à partir le plus tôt.

Depuis 2011, les régimes de retraite des professionnels libéraux disposent d'un âge légal de départ à la retraite (62 ans) et d'un âge pour bénéficier d'une pension pleine (65 ans). En principe, les chefs d'entreprises peuvent décider de continuer leur activité au-delà de cette limite. En moyenne, selon les données de la CNAVPL, l'âge de liquidation des pensions est de 64,1 ans.

On notera que l'espérance de vie à 60 ans par sexe et par catégorie socio-professionnelle en 2000-2008 calculée pour les cadres hommes est de 24 ans et pour les cadres femmes de 27,8 ans. Pour la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprises, l'indicateur est de 22,2 ans pour les femmes et 27,1 ans pour les hommes voir à la sous-section 1.2, le tableau 1.1.

2. Dans le domaine de la santé, les résultats sont hétérogènes. Cependant, les indépendants auraient un meilleur état de santé relatif (par rapport aux salariés), caractérisé par un mode d'articulation singulier entre la santé et le travail. Dans le groupe des indépendants, les professions libérales seraient plus sensibles toutefois aux situations de stress (Algava et al., 2013).

**Les chefs d'entreprise de professions libérales ont une préoccupation supplémentaire qui est la pérennisation ou la réalisation de leur entreprise (ou des parts de leur entreprise) après leur départ.** Or dans ce projet, ils doivent faire face à plusieurs difficultés :

1. Une désaffection de la part des jeunes générations (voir le secteur de la santé et plus récemment la profession d'expert-comptable<sup>3</sup>) vis-à-vis de l'exercice libéral. Elles ne veulent plus travailler dans les mêmes conditions que leurs aînés.  
En effet, le recrutement des jeunes diplômés est plus diversifié en raison de la démocratisation des études supérieures. Ces derniers sont passés par le salariat et investissent moins le champ professionnel. Peu disposés à envisager une carrière dans un cadre unique, ils sont prêts à plusieurs mobilités et toutes sortes de mobilités.
2. Le professionnel libéral ne peut pas vendre de fonds de commerce, mais « la présentation de sa clientèle », qui est un actif volatile. Dans certaines professions, les conditions démographiques défavorables peuvent fortement le dévaloriser. Réduit, le patrimoine professionnel ne peut plus compenser la faiblesse structurelle de la pension. Les difficultés de vente peuvent être surmontées par la constitution des sociétés d'exercice libéral ou autres structures juridiques de groupe. Dans ce cadre, les obstacles à la transmission sont surtout liées à des problèmes sociaux et fiscaux.
3. Il doit malgré tout assurer ses missions de services rendus au public et assurer la continuité des prestations au sein de la population.
4. Contrairement aux artisans, dont ils sont très proches par leurs caractéristiques de TPE de proximité et de services à la population, les membres des professions libérales n'ont pas de représentation territoriale suffisamment mobilisée et experte pour attirer l'attention des pouvoirs publics et des collectivités locales, sur les questions d'aménagement des territoires et de transmission de cabinets libéraux<sup>4</sup>. Un dialogue local pourrait se traduire par la création d'un fonds facilitant la reprise, (par ex. création d'un fonds sur le modèle du Fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce (FISAC)) ou d'un lieu d'échange sur ces questions.

### 3.3 Les conditions du maintien de l'activité

Selon le rapport (Bigand et al., 2009) de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) cité par le Conseil d'analyse stratégique, on distingue plusieurs figures du senior en activité qui donnent lieu à autant de stratégies, dont :

- le senior expert, spécialiste dans son métier pour qui il s'agit de capitaliser et de transmettre ses connaissances et compétences auprès de jeunes professionnels dans son cabinet ou par la mobilité externe ;
- le senior dépassé, avec ancienneté dans le secteur des services, mais ayant des compétences lacunaires, pour lequel l'intensification d'un effort de formation, permettra de développer ses compétences et de raffermir sa productivité.

---

3. Les membres de cette profession sont confrontés d'une part à une contrainte d'extension de leurs compétences sous la pression de leur clientèle, qui les oblige à orienter leur recrutement vers de nouveaux profils et à envisager l'interprofessionnalité dans leur exercice. La pyramide des âges de la profession vieillit et doit gérer la désaffection des filières comptables depuis 2000, où les diplômés semblent préférer le salariat. Ces derniers peuvent opter pour l'entrepreneuriat après avoir cumulé une expérience dans un cabinet d'expertise comptable (Moysan-Louazel and Podevin, 2008)

4. Sauf les professions de santé. Ces dernières bénéficient de conventions médicales qui attribuent des aides financières à l'installation. Incitatives, leur efficacité reste toutefois marginale (Delattre and Samson, 2012).



TABLE 3.1 – Accès à la formation selon l'âge et le niveau de qualification (en %)

	Moins de 30 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60 ans et plus	Ensemble
Cadres	65	63	61	54	40	60
Prof. intermédiaires	62	60	58	53	41	58
Employés	49	44	33	30	16	38
Ouvriers	38	32	26	18	ns	28
Ensemble	51	48	42	36	28	44

Source : Formation continue 2006, Céreq-INSEE - Champ : salariés à la date de l'enquête, dans (Fournier, 2010)

Si la deuxième situation est difficilement applicable aux membres des professions libérales, en raison de l'obligation de formation pour certaines professions, le premier cas constitue une situation fréquemment rencontrée.

La formation est un enjeu crucial en fin de carrière. On démontre (voir le tableau 3.1) que plus on avance en âge, moins on se forme. Nous ne pouvons que conseiller à ceux qui souhaitent poursuivre leur activité sous le statut d'expert de suivre des formations.

### 3.3.1 Se former pour prolonger l'activité ou préparer sa retraite

Il existe deux types de formations, les formations généralistes et les formations spécialisées, c'est-à-dire axées sur une technique. La formation universitaire des professions libérales est de type généraliste. Elle permet d'être flexible et d'appréhender avec plus de facilité les ruptures. C'est un atout qui doit être complété par un accès à la formation plus fréquent et plus facile.

#### Se former pour prolonger l'activité

Les Fonds de formation interprofessionnels (FIF-PL<sup>5</sup> et FAF-PM<sup>6</sup>) pourraient anticiper des formations vers la gestion de l'avancée en âge de ses ressortissants et plus généralement vers les transitions professionnelles. Il s'agit d'étendre le champ des actions de formation au changement professionnel (en complément de l'adaptation des compétences au marché). Il serait opportun que le FIF-PL et le FAF-PM mettent en place des outils qui favorisent les transitions et les ruptures qu'un professionnel peut envisager ou subir dans sa carrière (revenir au salariat, changer de métier, etc...), d'autant plus que cette dernière dans des cas extrêmes pourrait s'affranchir de la charge d'un cabinet (par ex. des médecins qui ne travaillent que sous le statut du remplaçant) et ne serait plus contrainte par l'immobilisation de son capital à poursuivre dans le métier. Quitter l'exercice libéral peut se concevoir non seulement à l'occasion de la retraite, mais aussi à l'occasion d'autres événements dans la vie professionnelle ou familiale.

C'est une proposition que la Confédération nationale des retraités des professions libérales (CNRPL) soutiendra auprès de l'UNAPL.

Chez les salariés, on peut constater une marginalisation des travailleurs âgés par rapport à la formation vers 45 ans (Fournier, 2003), qui fait brutalement chuter son taux d'accès avec le critère de l'âge. Selon l'enquête Formation continue de 2006, il est de 28 % pour les plus de 60 ans, alors qu'il est de 44 % en moyenne et atteint 51 % pour les moins de 30 ans. Le niveau de qualification est plus discriminant que l'effet de l'âge, induisant un accès à la formation par les cadres bien supérieur à celui des ouvriers, voir le tableau 3.1.

5. Fonds de formation dédié aux professionnels libéraux hors médecins

6. Fonds de formation dédié aux médecins

TABLE 3.2 – Activités des principaux fonds d’assurance formation des professions libérales

	FAF-PM	FIF-PL
Nombre d’adhérents	118 418	506 331
Montant de la contribution	6 051 857 €	24 932 883 €
Contribution moyenne par adhérent	51 €	49 €
Nombre d’actions de formation financées	12 778	69 528
Nombre de stagiaires correspondants	12 778	69 745
Durée moyenne financée par action de formation	10h	16h
Prise en charge moyenne par action de formation financée	393 €	301 €

Note : informations issues des états statistiques et financiers au titre de l’année 2011 (données provisoires).

Source : extrait d’un tableau, p. 120, Données provisoires 2011 - Source DGEFP-SDPFC, dans (Projet de loi de finances 2013, )

Chez les professions libérales, le taux d’accès (c’est-à-dire le nombre de personnes entrées en formation pendant l’année N sur le nombre d’affiliés) à la formation semble particulièrement faible par rapport aux salariés, soit 13,7 % pour le FIF-PL ou 10,8 % pour le FAF-PM, voir le tableau 3.2, mais dans la moyenne du taux d’accès à la formation des indépendants en général, soit 13 % en 2011 (Source : Insee, enquête Emploi, dans bilan emploi-formation, INSEE, CEREQ).

L’augmentation du taux de contribution (à 0,25% contre 0,10% auparavant) des fonds de formation des professions libérales, FIF-PL et FAF-PM, pourrait favoriser une meilleure approche de la formation professionnelle continue.

On notera que certaines professions réglementées ont une obligation de formation, dont l’aménagement revient au libre choix du professionnel :

- les experts comptables, 40 heures par an consacrées à la formation permanente ou 120 heures sur 3 ans ;
- les commissaires aux comptes, sont redevables d’un total de 120 heures de formation sur 3 ans avec un minimum annuel de 20 heures. La moitié, soit 60 heures, doivent être consacrées à l’audit et au commissariat aux comptes ;
- les avocats doivent s’engager à suivre une formation dont la durée est de 20 heures par année civile ou 40 heures sur deux années consécutives ;
- les médecins dont l’obligation de formation est inscrite dans leur code de déontologie ;
- etc. . .

Le but d’un meilleur accès à la formation des professionnels libéraux seniors est d’augmenter leur *empowerment* (littéralement la capacité d’agir sur l’environnement) et de dépasser les obstacles au vieillissement actif qui viendraient d’un effet de génération, d’un biais technologique, d’une moindre capacité à apprendre.

Sans imposer aux fonds de formation un ciblage par âge de leurs efforts, il pourrait être approprié de :

- proposer certaines actions ou thèmes transversaux de formation autour des problématiques des populations libérales âgées ;
- intensifier l’amélioration de l’accessibilité à la formation des personnes tout au long de leur vie (entretenir un programme d’éducation permanente) ;
- promouvoir la formation des travailleurs libéraux âgés par des mesures fiscales, par exemple en améliorant la déduction fiscale ou le crédit impôt formation pour absence

de l'entreprise<sup>7</sup>.

Enfin, il existe des formations, à l'attention des salariés proches de la fin de leur carrière, qui ouvrent sur d'autres métiers internes à l'entreprise. Le professionnel peut sur le même modèle envisager une reconversion vers d'autres fonctions et développer d'autres compétences (par ex. à la demande de leurs marchés, les experts comptables doivent envisager l'interprofessionnalité, à l'instar des cabinets anglo-saxons), pour réduire le cloisonnement entre les différents métiers et éviter que les connaissances de l'entreprise ne deviennent obsolètes. Cela encouragerait la mobilité du professionnel âgé et stimulerait l'activité.

Chez les professions libérales, on a vu que l'une des raisons qui favorisaient la probabilité du maintien en activité était l'intérêt au travail. Ce résultat tient à la fois à une plus grande liberté dans la conduite des tâches et aux opportunités de développer de nouvelles compétences. De l'autre côté, l'attrait des études menant vers les activités libérales ne se dément pas auprès des jeunes.

Le secteur a tout intérêt à développer la transmission intergénérationnelle des compétences. En effet, de nombreux articles ont montré que le succès d'une création d'entreprise s'expliquait par l'accumulation d'un capital social et culturel dont l'acquisition ne passe pas toujours par une formation structurée : par exemple, avoir des parents indépendants augmente significativement la probabilité de devenir soi-même indépendant.

Depuis vingt ans, la simplification des démarches et l'encouragement à la création d'entreprise ou d'activité ont créé un appel d'air d'une main d'œuvre non préparée vers l'entrepreneuriat, qui est préjudiciable pour les appelés et pour le tissu économique (Shane, 2009). Rapprocher les deux besoins en structurant le mentorat (contrat de génération ou contrat de collaboration) serait bénéfique à la fois pour le professionnel libéral et le jeune diplômé et participerait à la diversification des tâches et à l'amélioration de compétences, qui incitent à rester en activité<sup>8</sup>

### Se former pour préparer sa retraite

Le rapport de M. PINVILLE (Pinville, 2013) mentionne l'expérience québécoise d'un programme de formation et de préparation à la retraite (pour les salariés) dont les retours sont à 90 % satisfaisants, au point que le programme de base s'enrichit d'autres modules de formation, comme les cours de langues, l'e-learning, etc. . .

En France, dans le cadre du plan « Bien vieillir 2007-2009 », l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a publié un guide de contenus de formations à l'attention des organismes de retraite et des formateurs, afin de proposer au plus grand nombre d'acquérir de nouvelles compétences et de réfléchir à un vieillissement réussi « Les sessions de préparation à la retraite, un enjeu citoyen » (Bourdessol et al., 2011). Il reste aux acteurs du secteur libéral (syndicats professionnels, caisses de retraite et de santé, représentants des retraités. . .) de s'emparer de ce thème afin de valoriser la cessation d'activité comme « une période propice à la construction de projets » qui garantirait la participation des anciens membres des professions libérales à la vie civile et sociale, sans rupture dans leurs relations avec la famille, le milieu professionnel et l'engagement citoyen.

7. Actuellement un professionnel peut bénéficier d'un crédit d'impôt égal au nombre d'heures de formation multiplié par 9,43 € en 2013, plafonné à 40 heures de formation par an, soit 377 €, en vue de compenser une partie de la perte de revenus liée au temps de formation.

8. Sans compter que si nous raisonnons dans une logique d'échanges entre les générations, il est de l'intérêt des professions libérales de faciliter l'insertion des jeunes dans des conditions qui permettront à ces derniers d'assurer les cotisations sociales relatives à la retraite

### 3.3.2 Être en bonne santé et satisfait de son travail

Comment se manifeste une moindre santé, chez les professions de services intellectuels ? Par l'épuisement professionnel, le *burn-out* et des troubles cognitifs (mémoire, difficulté de réagir rapidement, à s'adapter).

On notera que les indépendants ne bénéficient pas d'un service de santé au travail qui leur proposerait des visites régulières et obligatoires<sup>9</sup>. Un équivalent de médecine du travail pourrait intervenir en prévention dans le cadre du vieillissement des travailleurs indépendants... D'autant que le RSI-PL a déjà été à l'initiative d'actions de prévention et d'information en santé (sur le sujet du stress au travail).

D'une manière générale, les études sur la santé des travailleurs indépendants se heurtent à leur hétérogénéité (Cf. l'étude de la CARPIMKO pour cinq professions de santé (CARPIMKO and LH2, 2008)). Si les espérances de vie sont plus favorables chez les indépendants et si ces derniers se déclarent (indicateurs subjectifs) en meilleure santé que les personnes appartenant aux autres régimes de sécurité sociale, l'introduction de variables telles que le revenu, le niveau d'éducation, le type du ménage et la profession (manuelle/non manuelle), réduisent la significativité des écarts entre les professions indépendantes et les autres (Algava et al., 2013).

#### La pénibilité : tarte à la crème ou réalité ?

**Selon l'UNAPL, les professions libérales sont en contact journalier avec cinq millions de français.** Certaines sont confrontées à des situations de pénibilité au travail, pouvant affecter leur santé.

Dans les entreprises libérales, la pénibilité intervient sous forme :

- **de stress et d'anxiété** face à une clientèle exigeante (situations d'urgence, contraintes de temps, prises de responsabilités) et aux impératifs du travail indépendant (horaires décalés et atypiques -le samedi et le dimanche -, longues plages de travail - une moyenne de 50 heures - , difficulté à concilier la carrière et la vie familiale, gestion de la précarité et des incertitudes du marché, irrégularité des revenus, situations de sous-traitance, sans réelle autonomie cf. le chapitre 2) aggravés par le manque de temps de récupération et l'obligation de concentration intellectuelle. Si on sait bien que le stress est inhérent au statut d'indépendant, on remarquera, avec l'évolution sociologique et démographique du secteur libéral (cf. la section 2.5) que les nouveaux indépendants de professions non réglementées, pour peu qu'ils aient été contraints de s'installer en libéral, exercent en réalité dans un contexte de dépendance économique, matérielle ou organisationnelle vis-à-vis des donneurs d'ordres. Paradoxalement, leur autonomie est d'autant plus limitée, qu'ils sont dans un isolement relatif, soit en raison d'un manque de visibilité de leur organisation représentative ou syndicale, soit parce qu'ils n'ont pas priorisé dans leur exercice l'utilité d'un collectif (l'autonomie étant alors une valeur revendiquée au moment de leur installation - voir les résultats 2009 de l'enquête SINE<sup>10</sup>). Or cette précarité affecte leur niveau de stress.

Ces traits ont les mêmes contours que les risques psycho-sociaux, habituellement reconnus chez les salariés. Ils sont classés en six types, cf. tableau 3.3.

- **et de postures fatigantes** (port de charges lourdes, moindre amplitude des mouvements et de la flexibilité du corps avec l'âge) pour certaines professions. Ainsi l'enquête réalisée en 2008 pour la CARPIMKO (Caisse complémentaire des auxiliaires médicaux)

9. Hors les exploitants agricoles dont la caisse MSA, commune avec les salariés, a défini une grille des maladies professionnelles.

10. Système d'information sur les nouvelles entreprises

TABLE 3.3 – Structuration des risques psychosociaux en six dimensions (d’après le Collège d’expertise sur le suivi statistique des facteurs de risques psychosociaux au travail, 2009)

Dimensions du modèle de Karasek	Nouvelles dimensions
Exigences du travail	Exigences émotionnelles
Autonomie, marges de manœuvre	Conflits de valeur
Rapports sociaux, relations de travail	Insécurité socioéconomique

Source : (Algava and Kittel, 2011)

montre un sentiment de surcharge au travail visible chez les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes, avec un temps de récupération réduit. Certaines professions sont caractérisées par des risques d’accident du travail ou des maladies professionnelles (risques peu mutualisés) engendrés par la position de travail et les gestes pratiqués, voir les graphiques 3.2 et 3.3.

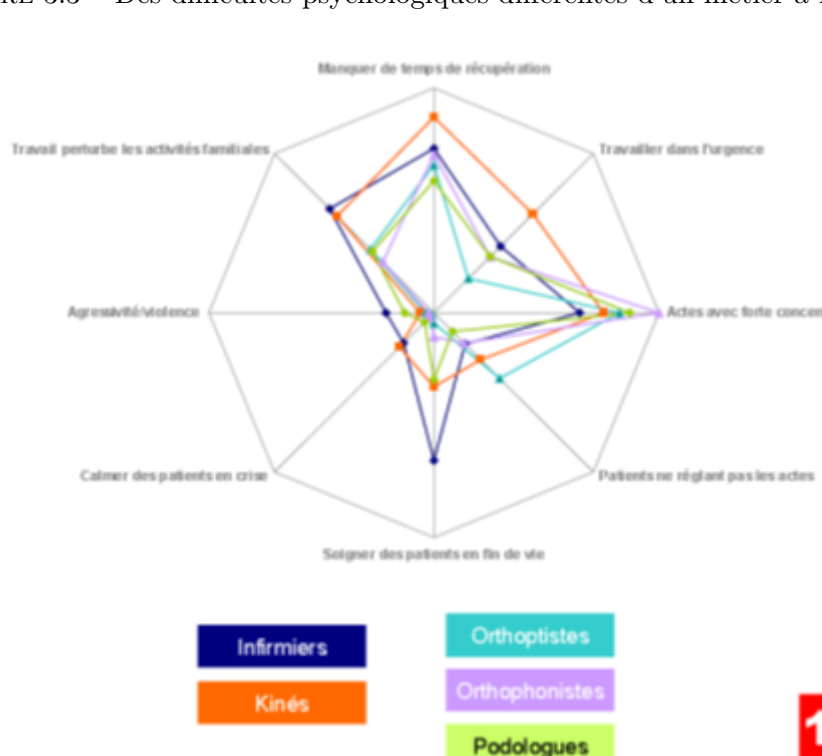
FIGURE 3.2 – Des difficultés physiques très disparates d’un métier à l’autre



Source : enquête sur la pénibilité des auxiliaires médicaux, synthèse, LH2, CARPIMKO, 2008

En règle générale, les travailleurs manuels sont plus exposés aux problèmes physiques et les travailleurs non manuels aux problèmes psychiques et de stress, notamment dans les services (d’où des différences de consommation de psychotropes selon le secteur d’activité : secteur comptable, juridique et financier, de même que le secteur informatique et l’ingénierie). Par exemple : les avocats, soumis à un stress professionnel important, forment une population particulièrement à risque de développer une souffrance psychologique, le *burn-out* dans deux de ses composantes : l’épuisement émotionnel et la diminution du sentiment de réalisation de soi. Parmi les professions de santé, la littérature montre que les médecins libéraux ne montrent pas de différences significatives en termes de santé physique par rapport au reste

FIGURE 3.3 – Des difficultés psychologiques différentes d’un métier à l’autre



Source : enquête sur la pénibilité des auxiliaires médicaux, synthèse, LH2, CARPIMKO, 2008

de la population (les médecins femmes semblent même en meilleure santé). En revanche, les problèmes de santé mentale et de suicide paraissent plus fréquents. Le même problème se rencontre particulièrement pour les auxiliaires médicaux qui doivent faire face dans leur exercice à des situations de maladies graves, de soins intensifs, etc. . .

Il est difficile en terme de méthode de repérer les situations de pénibilité au travail chez les indépendants, en raison de l'absence ou de la faible prise en charge des « arrêts de travail pour maladie ». En effet, le professionnel dans la crainte de perdre son emploi, soumis à la pression financière ou à celle de la clientèle est peu enclin à s'arrêter même quand la situation le justifie. Quant « aux accidents du travail », jusqu'à présent, il existe peu de données spécifiques consacrés aux indépendants en général.

Pour mémoire, l'InVS a monté un programme de travail d'études épidémiologiques des risques professionnels auprès des travailleurs indépendants : Cohorte santé et travail chez les indépendants (COSET)<sup>11</sup>. Débutant en septembre 2012, il permettra sur le long terme d'enrichir les réflexions sur la prévention des risques professionnels auprès des chefs d'entreprise indépendants et de disposer d'un large dispositif de surveillance des risques pour la santé en lien avec l'activité professionnelle. Les premiers résultats montrent une exposition professionnelle comparable aux salariés, mais avec une prise de risque particulière et une organisation du travail différente. On noterait également, une forte participation des cohortes des professions libérales à l'enquête (Chatelot and Geoffroy, 2013).

L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) gérée par la DREES et la DARES, est une autre source d'information sur la santé en terme d'exposition aux risques de pénibilité.

11. L'approche procède par régime - régime général, MSA et RSI -. Chez les ressortissants du RSI, les artisans, commerçants et professions libérales, hors professions de santé sont interrogés.

**Toutefois, l'avancée en âge n'est pas forcément un point négatif dans un exercice libéral.** Certes la pratique du professionnel évolue avec l'âge. Mais, il n'est pas besoin qu'il soit d'une même efficacité à 25 ans qu'à 45 ans. D'autant que des études montrent que le professionnel compense les déclinés de l'âge par l'expérience, par des stratégies d'anticipation dans le but d'éviter les situations d'urgence, des stratégies de délégation et d'optimisation du collectif - coopération et répartition des tâches -, d'adaptation des processus pour s'économiser, d'adoption de politiques de prudence, de mise en place de stratégies expertes, en faisant appel à des connaissances accumulées et en sélectionnant uniquement l'information pertinente (Faurié, 2011).

C'est pourquoi la CNRPL recommande à tous les retraités de demander de bénéficier des check-up pris en charge par l'assurance maladie. Les bilans de santé sont utiles pour aborder préventivement les problèmes jusque là ignorés, mais qui pris à temps permettront d'avoir pleinement conscience de son état de santé et d'aborder la retraite dans des conditions meilleures.

### 3.4 Préparer la transmission de son entreprise

La vente de son entreprise au moment de la retraite permet au professionnel de valoriser<sup>12</sup> sa carrière et de compenser une pension structurellement faible<sup>13</sup>. Mais il peut arriver qu'il ne puisse pas vendre son cabinet faute d'un repreneur. Outre un rapport démographique défavorable vis-à-vis des cédants, une entreprise est toujours le reflet d'un mode d'exercice personnel, qui peut ne pas convenir aux aspirations de jeunes confrères.

Le professionnel reste alors en activité, mais volontairement ou involontairement en fin de course, il la réduit de plus en plus. Il peut trouver un remplaçant à qui il cédera ses actifs à un prix dérisoire ou il décidera de fermer le cabinet et d'adresser sa clientèle à des confrères de proximité. Ce scénario, sans transmission, sans trace, caractérisé par la disparition de l'entreprise peut être vécu comme une destruction identitaire, qui aura des conséquences sur la reconstruction du professionnel en tant que retraité.

Pour éviter d'en venir à cette extrémité, dans son intérêt et dans celui de ses clients, il est conseillé de préparer cette étape au moins cinq ans l'avance, si on en croit l'enquête de l'IFOP sur les cessions de cabinets d'expert-comptables (Ordre des experts comptables, 2006). C'est ce délai minimum qui est nécessaire pour 40% des experts comptables concernant leur propre cabinet, ou 6 ans pour 32 % d'entre eux. Malheureusement, beaucoup de professionnels pensent céder leur cabinet uniquement au moment de la retraite. Selon l'avis de 71% des experts comptables interrogés la cession d'une entreprise dans ces conditions n'est pas planifiée. Et certains chefs d'entreprise individuelle doivent alors gérer une transmission dans ces conditions défavorables, pour ne pas avoir anticipé cette étape le plus en amont possible.

12. Pour plus d'information sur cette étape, voir sur le site de l'Ordre des experts comptables un guide en téléchargement « La transmission des cabinets d'expertise comptable, méthodologie et outils », septembre 2006 et les études d'Interfimo sur les prix de cession dans le secteur des pharmacies, les laboratoires d'analyses médicales et les cabinets d'experts comptables.

13. Les commerçants qui à l'âge de la retraite, n'arrivent pas à vendre leur fonds de commerce, ce qui les prive du capital que représente cet outil de travail, peuvent solliciter du RSI une aide appelée « indemnité de départ », qui compense partiellement la perte du fonds lors de la cessation d'activité. Cette aide est attribuée au commerçant ou artisan inscrit personnellement au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) ou au Répertoire des métiers (RM) et propriétaire de son fonds, sous certaines conditions d'âge, de ressources et au moins de 15 ans d'affiliation aux régimes commercial et/ou artisanal d'assurance vieillesse. Elle est fixée par une commission qui examine la situation personnelle et détermine le montant de l'aide qui sera versée, une fois certaines modalités accomplies. En 2013, l'indemnité peut varier de : pour un chef d'entreprise isolé de 2 020 € à 12 100 € (enveloppe moyenne : 8 070 €) ; pour un ménage : de 3 140 € à 18 820 € (enveloppe moyenne : 12 550 €).

Dans l'étape de la transmission du cabinet, il y a trois options :

- former un successeur,
- vendre le cabinet,
- fusionner le cabinet avec une autre entité.

Le choix pour une de ces stratégies dépendra beaucoup de l'environnement socio-économique de l'entreprise et des caractéristiques du cabinet (exercice seul ou en groupe, statut juridique, etc...) et de l'état d'esprit du professionnel (son retrait volontaire nécessite une restructuration de son identité qui n'est pas toujours évidente). Il existe une réticence à se désinvestir d'une entreprise qui représente souvent plusieurs années d'engagement personnel, qui est en bonne santé ou en croissance. Car en effet, c'est à ce moment là, que le bénéfice d'une transmission est le plus important puisque le professionnel n'aura aucun mal à trouver preneur et que les conditions de vente lui seront plus avantageuses (plus-value élevée).

La recherche d'un successeur est sans doute l'étape la plus délicate, c'est pourquoi il est judicieux de le recruter dans un premier temps et suffisamment à l'avance dans le cadre d'un salariat ou dans le cadre de la collaboration libérale.

Chaque profession ayant ses spécificités d'exercice, il appartient alors au professionnel de s'en intéresser et de contacter les organismes, ordres et syndicats.

Tant que l'entreprise est en croissance, le professionnel doit maintenir l'attractivité de son entreprise et enrichir ses réseaux. Certaines professions institutionnalisent le renouvellement des générations en intervenant dans la formation des jeunes cf. l'Ordre des avocats au sein des Centres régionaux de formation professionnelle des avocats et en mettant en œuvre des passerelles d'insertion.

Dans le cas où le professionnel recrute et forme son successeur (ce qui est souvent la meilleure stratégie, car l'arrivée d'un jeune professionnel favorise les innovations et rajeunit la structure et la clientèle), il peut aménager des conditions de tutorat où il pourrait rester en entreprise tout en prenant sa retraite (cumul emploi-retraite). Le *contrat de génération* pourrait devenir le véhicule du projet, sous condition de correspondre aux situations rencontrées chez les professionnels libéraux, à savoir une reprise d'entreprise qui intervient après des études longues et une expérience dans le salariat. En effet, la nécessité de constituer un capital professionnel et humain retarde l'entrée dans le statut d'indépendant. En 2012, l'âge moyen d'immatriculation est 30 ans pour la profession de sage-femme jusqu'à 39 ans pour les médecins et 40 ans pour les affiliés à la CIPAV (source : Recueil statistique 2012, CNAVPL).

Chez les commerçants et avant le contrat de génération, il était possible d'engager *une convention de tutorat*<sup>14</sup>. Elle permettait au cédant d'une entreprise, d'accompagner le repreneur après cession (article L129-1 du Code du commerce), tout en liquidant ses droits à la retraite. Les actions de tutorat constituant une prestation de service, le cédant/tuteur restait affilié au régime de sécurité sociale dont il relevait antérieurement à la cession.

Les conditions d'accès étaient les suivantes :

- Le tuteur devait avoir cédé à titre onéreux ou gratuit son entreprise individuelle, ou la majorité des parts de la société qu'il possédait en son nom propre ou, en toute propriété ou en usufruit, avec son conjoint et ses enfants mineurs non émancipés ;
- L'accord devait être conclu dans les deux mois de la cession. Il courait pour une durée minimum de deux mois. Cette durée ne pouvait excéder un an, y compris les éventuelles prolongations. La convention devait mentionner :

1. Le contenu des actions à engager par le tuteur envers son cessionnaire ;

---

14. Loi en faveur des PME du 2 août 2005.



2. Les modalités pratiques de réalisation de ces actions et, si nécessaire, les moyens matériels, techniques ou de toute autre nature mis à la disposition du tuteur par le cessionnaire ;
  3. La durée de la convention, les modalités de sa prolongation et, le cas échéant, de sa résiliation anticipée ;
  4. Le montant et les modalités de versement, par le cessionnaire, de la rétribution du tuteur et de remboursement des frais éventuels supportés par ce dernier dans le cadre de sa prestation.
- Une copie de la convention devait être adressée par le tuteur à la caisse du régime social des indépendants dont il dépendait.

Les conventions de tutorat pour transmission prévoient en premier lieu une prime à la transmission d'entreprise accordée aux tuteurs, qui s'est transformée en réduction d'impôt. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les conventions ne bénéficient plus de la réduction d'impôt.

#### *Le contrat de génération*

Le contrat de génération, entré en vigueur le 17 mars 2013 a pour but d'associer l'embauche de jeunes et le maintien dans l'emploi des seniors dans une logique de transmission de compétences. Il est plus attractif que la convention de tutorat, notamment en raison de l'aide de l'État, de l'ordre de 4 000 €, versée par Pôle emploi, pendant une durée maximale de 3 ans.

Dans un communiqué de presse du 1<sup>er</sup> octobre 2012, l'UNAPL a fait part de ses commentaires concernant la mise en application du dispositif dans le secteur des entreprises de profession libérale, que nous reproduisons en extrait ci-dessous.

« La FNSEA, l'UNAPL et l'USGERES, souhaitent donc mettre en lumière les principaux points sur lesquels elles attirent l'attention et la vigilance des négociateurs et des pouvoirs publics quant aux modalités d'application du dispositif aux TPE :

#### – **La nature et la durée du contrat**

1. La note d'orientation prévoit l'embauche du jeune en CDI. Bien que tous s'accordent à dire que le CDI devra être privilégié pour favoriser une insertion durable des jeunes dans l'emploi, ne pourrait-on pas également envisager, dans certaines situations particulières, la possibilité de conclure un CDD de longue durée ?
  2. La durée du contrat ne doit pas être un élément dissuasif pour les chefs d'entreprise de TPE. Une durée trop longue serait contre-productive aussi bien pour le chef d'entreprise que pour le binôme Senior/jeune. Pourquoi ne pas imaginer une période de « tuilage » de 3 à 6 mois, voire de 1 an selon le niveau de qualification du jeune ?
- **L'âge du salarié senior** Pour assurer aux TPE un accès plus facile au dispositif et permettre à davantage de petites entreprises d'en bénéficier, les 3 Organisations ont débattu de l'intérêt soit d'abaisser l'âge - plancher du salarié senior, actuellement de 57 ans dans la note d'orientation, à 53 -54 ans, soit de le maintenir, en raison de la difficulté que pourrait poser un âge trop éloigné de la retraite de ce dernier.
  - **Le niveau de qualification** Les TPE des secteurs agricole, libéral ou de l'économie sociale emploient pour majorité des salariés titulaires d'un certain niveau de qualification. Il est donc nécessaire de veiller à ne pas exclure ces derniers du dispositif.
  - **Le contrat de génération dans le cadre d'une transmission d'entreprise** Les partenaires sociaux devront être particulièrement attentifs à ce que cette mesure figure dans l'ANI. Elle devrait permettre de favoriser la reprise de l'entreprise et éviter à terme la perte des emplois, des compétences et des savoir-faire.

- La nécessité de maintenir les allègements généraux de cotisations sociales sur les salaires inférieurs à 1,6 SMIC. »

Source : www.unapl.fr

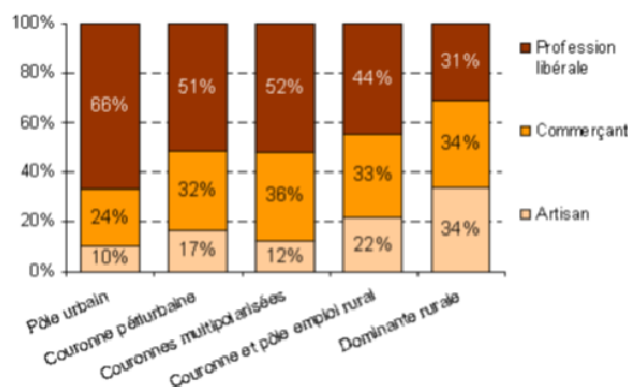
## 3.5 L'éventuelle reprise d'activité

### 3.5.1 Les motivations

Lorsqu'on a eu une vie longue et intense de chef d'entreprise (la durée moyenne de cotisation à la CNAVPL toutes sections confondues est de 20 ans en 2010), il est rare de pouvoir arrêter brutalement toute activité, surtout après une occupation intellectuelle stimulante, qui a souvent été le moteur d'une implication importante dans la vie civile (bénévolat, association, syndicalisme, etc...). Et il est difficile de faire le deuil d'un rythme travail où le temps est contraint par les horaires et les obligations.

Le cumul du statut de retraité (salarié ou libéral) avec la reprise d'une activité indépendante (création d'entreprise) sur la base du métier précédent ou en choisissant une autre occupation, est un moyen de dépasser cette difficulté et de lutter contre l'isolement social dont on peut souffrir lors d'une transition brutale vers la retraite. La proximité d'un centre ville ou d'une zone urbaine est porteuse d'opportunités de marché pour les activités libérales : 79 % des retraités créateurs enquêtés, hors professions de santé, sont concentrés dans les pôles urbains où on note la présence prédominante des professions libérales, alors que les artisans et les commerçants sont plus représentés dans les espaces ruraux, voir le graphique 3.4.

FIGURE 3.4 – Répartition des retraités créateurs selon leur localisation et groupe professionnel



NB : Professions libérales, hors professions de santé qui sont affiliées à la CNAMTS.

Source : (Gaudemer et al., 2011)

Les motivations à la reprise d'une activité sont de plusieurs sortes, trois d'entre elles ressortent (Gaudemer et al., 2011) :

- une motivation sociétale : s'occuper, mettre ses compétences aux services des autres ;
- une motivation financière : par besoin ou par envie ;
- une motivation stratégique : le goût d'entreprendre ...

Ces conclusions concordent avec l'essai de P. GUIBERT et A. MERGIER « La minorité silencieuse, étude sur les retraités » (Guibert and Mergier, 2012), qui énumère trois objectifs à la reprise d'activité :

- retrouver une place d'acteur ayant prise sur la réalité ;
- redonner une valeur opérationnelle à un capital de compétence ;

- et accorder la nouvelle activité à une vision personnelle du monde (déployer ses compétences à une représentation idéalisée qu'on a eue de son métier), sans les contraintes de rentabilité d'une entreprise.

Pour la grande majorité des professionnels libéraux, le début de carrière se déroule d'abord sous le statut salarié avant l'exercice libéral. Par ailleurs, la plupart des personnes choisissent de maintenir leur activité salariée en cumulant avec l'exercice libéral. Ce qui explique que 66 % des professionnels soient des polypensionnés . Or :

- dans le mode de calcul de la pension globale, la partie salariée qui détermine la pension sur les 25 meilleures années, pénalise la carrière entière (la retraite libérale n'étant pas un régime aligné -contrairement au RSI<sup>15</sup>-). De plus, le taux de remplacement des cadres et des diplômés du supérieur, soit pension / salaire, est plus faible que dans les autres catégories socio professionnelles ;
- à cette pension s'ajoutait la réalisation du patrimoine professionnel accumulé pendant l'activité, dont la promesse s'amenuise<sup>16</sup> ;
- outre ces deux sources de revenus, le professionnel a pu souscrire à des assurances et produits financiers.

Or nous avons vu, dans le chapitre 2, que des tendances démographiques, économiques et sociologiques laissent prévoir des retraites plus faibles (la polarisation des revenus entre les professionnels très diplômés et très insérés dans leur expertise et les professionnels plus fragiles, l'essor des entreprises libérales sans salarié, etc. . .).

Dans ces conditions la reprise d'une activité, outre le sentiment de son utilité, peut apporter au professionnel un complément financier. On notera cependant le plafonnement des revenus de l'activité reprise. En effet, voir encadré sur le cumul, ils ne peuvent dépasser le plafond annuel de la sécurité sociale, soit 37 032 € en 2013.

### 3.5.2 Les dispositifs législatifs et les difficultés rencontrées

Lorsque le senior décide de reprendre une activité après la liquidation de sa retraite, il a deux possibilités que nous évoquons dans cette sous-section à titre d'information.

Il s'agit du cumul-emploi retraite, organisé par la réforme des retraites de 2003 et du régime de l'auto-entrepreneur en 2009, qui ont ouvert des facilités très souples à la reprise d'une activité.

Par ailleurs, les professionnels actifs cumulant plusieurs statuts, par exemple profession libérale et salariée, peuvent liquider leur retraite du régime général, sans être contraints par la réglementation du cumul d'activités (obligation interruption d'activité, plafond limitant le cumul des revenus). Ce cas devient de plus en plus fréquent. Entre 2008 et 2010, le nombre de cotisants de plus de 60 ans bénéficiant d'une retraite du régime général est passé de 39 % à la moitié de cette tranche d'âge (Bac and Gaudemer, 2012), et le groupe des professions libérales qui a connu la plus grande progression, a évolué de 36,1 % à 48,6 %, voir le tableau 3.4.

15. Les artisans et les commerçants disposent d'un régime de retraite aligné sur le régime des salariés dont les trimestres cotisés en tant qu'indépendant déterminent la pension salariée. Cependant le dispositif n'augmente que marginalement la retraite du régime général. La retraite de base n'est améliorée que par le mécanisme de la surcote, majorant la pension de base de 5 % par année d'activité supplémentaire, au delà de 60 ans et de la durée nécessaire pour le taux plein.

16. Cette situation n'est pas propre aux professions libérales, les artisans ont en revanche mis en place des indemnités de départ (une aide de l'État gérée par le RSI (dépliant de février 2013)) - sous certaines conditions notamment, l'impossibilité de reprise d'une activité - pour compenser la perte du fonds de commerce en cas de difficultés de vente ou d'absence de repreneur.

TABLE 3.4 – Évolution des taux de cumulants selon le groupe professionnel entre 2008 et 2010

		2008	2009	2010
Parmi les 55 ans et plus	Artisans	14,5 %	16,3 %	19,2 %
	Commerçants	18 %	21,3 %	23,7 %
	Professions libérales	19 %	23,5 %	28,3 %
Parmi les 60 et plus	Artisans	42,6 %	47,9 %	51,9 %
	Commerçants	40,5 %	46,2 %	49,3 %
	Professions libérales	36,1 %	42,9 %	48,6 %

Source : Base cumul RSI-CNAV au 31 décembre 2010, dans (Bac and Gaudemer, 2012)

### Comment cumuler un emploi et une pension de retraite ?

Pour augmenter le taux d'emploi des seniors, les différentes réformes ont cherché à faciliter la reprise du travail et le cumul des revenus emploi-retraite. Bien que retraité, le professionnel, qui reprend une activité après la liquidation de ses pensions, est redevable de cotisations calculées au premier euro généré.

Ces cotisations font l'objet d'une régularisation, dans la limite de cinq fois le plafond de la Sécurité sociale. Elles ne sont pas constitutives de droits et ne peuvent conduire à une révision de la pension de retraite : c'est la cotisation dite de « solidarité », disposition confortée par la loi « garantissant l'avenir et la justice du système de retraites », qui a été adoptée définitivement par le parlement le 18 décembre 2013 (art.12).

Il convient de distinguer deux cas : le cumul intégral et le cumul partiel (Source : Cnavpl).

#### 1. Le cumul intégral

La pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec l'activité professionnelle si l'affilié est entré en jouissance de l'ensemble des avantages de retraite dont il remplit les conditions d'attribution : pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé :

- (a) à partir de l'âge de départ à la retraite requis pour l'obtention d'une pension pleine (soit l'âge légal de départ à la retraite augmenté de 5 ans), soit de 65 ans à 67 ans selon l'année de naissance ;
- (b) ou à partir de l'âge légal de départ à la retraite, soit de 60 ans à 62 ans selon l'année de naissance, lorsqu'il justifie de la durée d'assurance requise pour bénéficier de sa pension pleine.

#### 2. Le cumul partiel

Si l'affilié ne remplit pas les conditions permettant de bénéficier du cumul intégral, le service de la pension est suspendu lorsque les revenus nets issus de l'activité libérale dépassent le plafond de la Sécurité sociale, soit 37 032 € en 2013 (et, jusqu'au 5 octobre 2016, 130% du même plafond pour les médecins âgés de plus de 65 ans au moment de l'entrée en jouissance de la pension, soit 48 142 € en 2013).

Ne sont pas pris en compte pour le calcul du plafond :

- (a) les revenus tirés de la participation à la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique ;
- (b) les revenus issus d'activités à caractère artistique, littéraire ou scientifique, exercées accessoirement avant la liquidation de la pension de retraite ;

- (c) les revenus issus de la participation aux activités juridictionnelles ou assimilées, ou de consultations données occasionnellement.

### L'auto-entrepreneur

Outre l'ouverture des régimes de retraites au cumul des revenus, l'apparition du régime des auto-entrepreneurs en janvier 2009 a favorisé la création d'activités indépendantes chez les retraités. Malgré les risques dénoncés (concurrence déloyale, contournement du droit du travail, manque de transparence sur la capacité du professionnel à exercer, etc. . .), il répond à un besoin par sa simplicité de mise en œuvre et de gestion. Ses limites sont celles du plafond de chiffre d'affaires autorisé de 32 600 € en 2013 et l'impossibilité de tenir compte des dépenses réelles dans la gestion de l'activité.

#### Le régime de l'auto-entrepreneur

Le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les pouvoirs publics ont mis en œuvre l'auto-entreprise, un nouveau régime de prélèvement fiscal et social des entreprises individuelles, dont le chiffre d'affaires est plafonné selon la nature de l'activité : artisanale, commerciale ou libérale.

Pour les professions libérales, le plafond est de 32 600 €. L'auto-entrepreneur paie ses charges sociales sur la base de son chiffre d'affaires, sur lequel il applique un taux global de toutes les cotisations sociales de 21,3 %. A ce prélèvement, il faut ajouter 0,2 % au titre de la formation professionnelle continue. Sous certaines conditions, il acquitte l'impôt sur le revenu de l'activité entreprise en appliquant 2,2 % sur ses recettes. L'activité est exonérée de TVA, tant que le chiffre d'affaires reste inférieur au plafond.

L'auto-entreprise s'accompagne d'un allègement des démarches de création (dématérialisation de l'immatriculation *via* internet) et des obligations de gestion et de comptabilité. Notamment, elle supprime les cotisations sociales forfaitaires qui pèsent en début d'activité sur les travailleurs indépendants (y.c. les retraités pensionnés), en application du principe : « zéro euro de chiffre d'affaires, zéro euro de charges ».

Ce régime permet également de raccourcir l'horizon temporel de l'activité indépendante, puisque les prélèvements sont assis sur le premier indicateur connu d'une activité : le chiffre d'affaires, que l'on déclare mensuellement ou trimestriellement (au lieu d'une déclaration annuelle des bénéfices) afin de s'acquitter de ses charges.

L'accès au régime est limité aux professions libérales affiliées à la CIPAV et au RSI - soit les agents commerciaux. On recense 203 300 auto-entreprises de professionnels libéraux, soit 33 % de l'ensemble des professions libérales de la CIPAV, principalement dans les activités du conseil pour les affaires et la gestion et dans les services liés à l'éducation.

Les caractéristiques du régime en font un support idéal pour les retraités, dont l'activité est par nature partielle et qui ont besoin d'un mode flexible de fonctionnement avec un faible fonds de roulement, peu d'investissements, une entrée et une sortie sur le marché facile, rapide et sans coût. Selon le dernier rapport de l'IGAS (Defrost et al., 2013), le régime est plus représenté dans les tranches d'âge extrêmes : les moins de 30 ans et les 60 ans et plus. Pour les premiers, il est le symptôme de leurs difficultés d'insertion sur le marché du travail, pour les derniers il correspond à leur besoin de complément de revenus, devant des pensions qui s'amenuisent. Cependant, on notera que 27 % des retraités auto-entrepreneurs ont un chiffre d'affaires nul au titre de l'exercice 2010 (Bac and Gaudemer, 2012).

L'Union des auto-entrepreneurs (UAE), la Fédération des auto-entrepreneurs (FEDAE) et l'Agence pour la création d'entreprise (APCE) proposent d'étendre le champ du régime

aux autres activités libérales. La mission de l'IGAS argumente du faible plafond du chiffre d'affaires qui offre peu d'intérêt pour les autres professions libérales, sans compter la complexité induite par les conventions des professions médicales et la prise en charge de leur assurance maladie par le régime PAM, gérée par la CNAMTS.

Pour notre part, sans être défavorable au régime des auto-entrepreneurs qui pour les libéraux actifs constitue une charge au titre de la compensation, il est possible d'envisager cette forme d'exercice pour les activités limitées dans les activités de conseil. Mais la proposition d'extension pour un début d'activité nous semble contraire au principe contributoire des actifs sous le régime auto-entreprise aux caisses de retraite.

### Les difficultés ?

Le processus de création d'activité ne paraît pas poser de difficultés pour 73 % des retraités en cumul (Gaudemer et al., 2011). On notera qu'il n'existe pas d'aides à la création d'entreprise spécifiques aux personnes âgées. Lorsque ces dernières mentionnent un obstacle, il tourne autour de la complexité (en partie résolue par l'auto-entreprise) de la réglementation de leur métier et des moyens de financement peu mobilisables.

Compte tenu de la spécificité des services libéraux rendus au public, touchant à l'intégrité physique des particuliers, à leur intégrité environnementale et l'intégrité de leurs droits fondamentaux, il ne serait pas judicieux de modifier les obligations professionnelles garantissant la responsabilité du professionnel pour contourner la complexité d'un métier.

En revanche, le vieillissement avec éventuellement une diminution des capacités cognitives et de réaction dans un exercice professionnel exigeant, peut amener ce dernier à faire des erreurs.

Le professionnel dispose de plusieurs moyens pour surmonter cette difficulté, d'une part la formation et d'autre part la prévention avec la mise en œuvre de stratégies collectives pour éviter l'isolement professionnel (par exemple : travailler en binôme ou sous la supervision d'un confrère) et l'évolution des assurances en responsabilité professionnelle et en invalidité vers la prise en compte du vieillissement de leurs assurés. Ces dernières pourraient prendre en charge le professionnel qui est obligé de se retirer pour les troubles de santé par exemple par la création d'un complément ou la création d'une pension.

Les assurances en responsabilité civile dans leur action de prévention pourraient mettre en œuvre avec les instances ordinales des bilans et des évaluations à partir d'un certain âge afin de renouveler la capacité du professionnel à exercer (Landry, 2013). Les instances ordinales pourraient sensibiliser les cabinets et les professionnels à la problématique de la responsabilité civile et du vieillissement, dans le cadre de rappel du code de déontologie et des devoirs du professionnel vis à vis des clients/patients, du public et de la profession, ou s'impliquer dans la diffusion de bonnes pratiques d'une transmission précoce.

### La retraite progressive

La retraite progressive est un dispositif qui n'existe pas chez les professions libérales. Nous l'évoquons ici pour information, d'autant que la réforme des retraites envisage d'en assouplir ses conditions d'accès.

La retraite progressive permet de poursuivre une activité rémunérée à temps partiel (pas de reprise d'activité, pas de création de nouvelle entreprise), tout en percevant une partie de sa pension de retraite. Le dispositif n'est pas ouvert aux professions libérales mais semble intéressant à étudier, **puisque'il permet de poursuivre le versement de cotisations permettant d'augmenter ses droits** par la prise en compte de la période à temps partiel

et d'améliorer ainsi la future retraite lors de l'arrêt définitif du travail. Ce qui n'est pas possible dans le régime actuel du cumul des revenus emploi-retraite.

Aujourd'hui, la retraite progressive concerne les salariés du régime général et de l'agriculture, ainsi que les indépendants artisans et commerçants (pour leur régime de base et uniquement le régime complémentaire des artisans) et les exploitants agricoles.

Pour en bénéficier, il faut avoir atteint l'âge minimum de la retraite (entre 60 et 62 ans suivant l'année de naissance) et avoir validé au moins 150 trimestres de cotisation.

Le montant de pension perçu dépend de la durée de travail prolongé. Les revenus tirés de l'activité doivent être réduits d'au moins 20 % par rapport à la moyenne des cinq dernières années précédant la retraite progressive.

TABLE 3.5 – Montant des retraites progressives des artisans, commerçants et industriels

Allocation de retraite progressive	
Réduction des revenus professionnels	Fraction de pension
Entre 20 et 40 %	30 %
Entre 40 et 60 %	50 %
Au delà de 60 %	70 %

Source : le RSI

**Le projet de réforme des retraites abaisse la condition d'âge de deux ans**, les personnes nées après 1955 pourraient donc partir en retraite progressive dès 60 ans.

### 3.6 Conclusion

Nous avons vu dans cette partie, à quelles conditions un professionnel libéral part en retraite et à quelles conditions, il peut prolonger son activité.

Le départ en retraite ne doit pas être envisagé comme une mise à l'écart de la vie, mais comme l'aménagement d'un retrait plus ou moins progressif d'une vie professionnelle intense, vers un autre horizon.

Les avancées législatives ont préparé le maintien d'activité des seniors, en ouvrant des possibilités nombreuses, adaptées aux situations particulières (tutorat, contrat de génération, cumul des revenus, auto-entreprise, etc...). Les membres des professions libérales ont toute latitude à les utiliser de la meilleure façon possible. Mais pour ce faire, elles doivent individuellement planifier leurs projets de vie après leur carrière. C'est là une difficulté psychologique et matérielle, parce qu'il faut de la mobilité et de la flexibilité et que le contexte du court terme, de la réaction au lieu de la réflexion, le permet difficilement.

La problématique de la transmission des entreprises individuelles en est un exemple. Peu de professions (sauf les experts comptables et les professions médicales, sous l'angle de la continuité des soins) s'en sont concrètement emparées, alors que les conditions d'exercice décrites dans le chapitre 2, modifient profondément les possibilités de transmission des entreprises.

La formation est un moyen de mieux gérer cette transition. C'est pourquoi le Fonds interprofessionnel de Formation des professions libérales (FIF-PL) et le Fonds d'assurance formation des praticiens médicaux (FAF-PM) ont un rôle important pour faciliter les transitions dans un objectif général d'*empowerment* et de passage des compétences entre les anciennes générations et les nouvelles générations. Le FIF-PL a déjà mis en œuvre la possibilité de financer des formations avant la création d'entreprises pour préparer les jeunes diplômés à la gestion de leur activité libérale *via* les formations de l'Office national d'information, de

formation et de formalités des professions libérales (ONIFF-PL). Il reste à organiser l'autre segment de la fin de carrière où tout est encore à inventer.

Les instances professionnelles en charge du FIF-PL doivent faire preuve d'innovation, dans un environnement où il ne s'agit plus de gérer l'acquisition de compétences pour faire face ou pour anticiper les demandes d'une clientèle sur un marché. Il s'agit d'augmenter les « capabilités » (notion de « capabilities » de A. SEN) de chacun afin qu'il puisse se prendre en charge et se responsabiliser. C'est une voie relativement libérale, cf. *la troisième voie* conceptualisée par le sociologue britannique A. GIDDENS et mise concrètement en œuvre par T. BLAIR en Angleterre, mais elle pourrait correspondre à l'esprit de responsabilité et d'autonomie dont les professions libérales se sont toujours réclamées pour elles-mêmes.



## Chapitre 4

# Avoir prise sur l'environnement

### 4.1 Lutter contre l'isolement

#### 4.1.1 L'isolement des personnes âgées

L'isolement social est un facteur de risque de décès accru influant sur la santé mentale et nuisant à la qualité de vie et au bien être (Shon, 2003). Il concerne les personnes qui n'entretiennent qu'un nombre très faible de contacts avec autrui. Il existe **un lien prouvé entre l'isolement social et la santé**. Il passe par le fait que les personnes ayant des contacts fréquents avec des proches se déclarent en meilleure santé. En présence d'une pathologie chronique, la présence de ces derniers semble former une protection contre le risque de dépression, en renforçant l'identité personnelle et l'estime de soi. Enfin, l'effet positif du lien social sur la santé se manifeste par un recours plus fréquent aux soins, un meilleur parcours de santé, qui permet par exemple d'éviter aux personnes très âgées le service des urgences ou qui permet d'optimiser leur retour à domicile par une meilleure organisation (Peretti-Watel, 2006).

L'INSEE définit deux groupes très concernés par ce risque : les personnes âgées et les personnes socialement défavorisées (disposant de faibles revenus et non diplômées). En effet, les formes et les causes de l'isolement varient avec le cycle de la vie, la solitude prend une acuité particulière pour les personnes âgées, vivant seules dans leur logement. Après 70 ans, l'isolement social s'accroît continument. L'INED, cité par le projet MONALISA, explique la tendance vers le « vivre seul » dans son logement, par l'évolution de nos sociétés et les conditions de vie (4 millions de personnes âgées de plus de 60 ans vivraient seules dans leur logement).

**Ce n'est pas l'âge en soi qui porte la responsabilité de l'isolement social.** Si le degré d'isolement peut s'estimer sur les caractéristiques individuelles<sup>1</sup>, il dépend aussi de la qualité de l'environnement, c'est-à-dire le fait de vivre ou non dans des quartiers défavorisés, concentrant les ménages à revenus faibles, sans mixité sociale. En effet, l'isolement social est lié à la réduction du réseau professionnel, puis au rétrécissement du réseau relationnel. La capacité relationnelle est une question de facteurs sociaux mais aussi de culture, d'habitudes et d'éducation.

Les anciens membres des professions libérales ont une probabilité plus faible de connaître des situations d'isolement social, en raison de leur capital culturel et financier. De plus, ils ont eu une vie professionnelle et sociale intense : réseaux, implication dans les activités syndicales,

---

1. Par exemple sur la variable du sexe, on note que le taux de femmes seules passe de 12 % à 50 ans à 55 % à 85 ans, alors que la proportion des hommes seuls est stable autour de 14 % jusqu'à 75 ans puis augmente pour atteindre 60 % à 85 ans.

dans des associations, engagement politique, reprise d'une activité bénévole. On peut supposer qu'ils ont quitté leur vie professionnelle dans de meilleures conditions que d'autres sous des statuts différents et que leur culture les pousse à constituer des réseaux après la prise de la retraite.

**Mais ils ne sont pas exemptés des accidents de la vie personnelle et des ruptures graves** tels que le décès du conjoint, les maladies chroniques, le handicap et la perte d'autonomie etc... qui sont des facteurs aggravant l'isolement social. De même, l'entrée en institution peut provoquer une rupture qui augmente le risque.

**L'isolement social touche toutes les catégories sociales, sa prévention est le devoir de tout un chacun.**

#### 4.1.2 Les moyens de lutter contre l'isolement ?

##### Impliquer les personnes âgées au service de la société

Les personnes âgées ont du recul et de l'expérience (Guibert and Mergier, 2012). Mais il arrive que lors de leur retrait du monde du travail et du ré aménagement de leur relation avec le temps professionnel, où tout va vite et où tout est soumis à l'impératif de la productivité, ces personnes soient face à deux options : le repli ou la reconstruction d'une place active.

Cela passe par la détermination d'un projet de vie, dans le monde associatif, ou dans la reprise d'une activité de conseils, qui permet de réinvestir les compétences et l'expérience dans la définition d'une nouvelle place d'acteur dans la société, et de redéployer une capacité à faire profiter de cette expérience. Ce processus offre *une parole légitimée et utile* à travers une forte valorisation par la société de projets bénévoles et inscrits dans les réseaux locaux de socialisation.

Pour autant, cela n'est possible que s'il existe un environnement favorable à la prise de pouvoir des seniors, par exemple en promouvant le bénévolat ou en les sensibilisant aux NTIC. Il s'agit d'impliquer les personnes âgées au service de la société. L'heure est à la promotion d'une société plus solidaire (voir le projet de loi pour l'économie sociale et solidaire présenté au conseil des ministres le 24 juillet 2013). Il y aurait une place à regagner dans la société dans le cadre de cette évolution.

##### Maintenir l'accessibilité aux services de proximité

Les politiques de la ville ont un rôle à jouer pour la fraction de leurs administrés les plus fragiles. Elles peuvent encourager le retour des seniors dans les centres villes et en finançant une présence dans les immeubles d'habitation (gardien formé à la problématique de l'isolement dont le salaire est mutualisé, sachant qu'il peut aider les ménages plus vulnérables tels que les familles mono-parentales, les personnes handicapées, etc...).

Le programme MONALISA, « Préconisation pour une mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées » (juillet 2013), qui cherche à structurer cette interaction des citoyens et acteurs locaux volontaires pour créer du lien social avec les personnes fragilisées, s'inscrit dans ce maintien de l'accessibilité sociale et citoyenne. C'est un programme créant des équipes bénévoles rassemblées autour de la problématique de l'isolement et de la solitude de proximité, et dont les actions sont coordonnées avec celles des organismes sociaux.

Les opérateurs d'équipes (associations, CCAS, Centres sociaux, etc...) animent ces réseaux sur la base d'une charte (partage des meilleurs pratiques, synergie, innovation etc...) et coopèrent avec des professionnels et les pouvoirs publics compétents.

## 4.2 Modifier son environnement : les mobilités

L'environnement au sens large (logement, environnement de proximité, etc...) est peu pensé pour les personnes âgées. C'est la première fois en effet, que la question du vieillissement, phénomène mal connu, mal cerné se pose à cette échelle aux pouvoirs publics et à la société. Or les déterminants sociaux environnementaux interagissent avec la participation sociale et donc avec la santé au moins autant que les déterminants individuels. Il est pertinent renouveler la vision trop centrée sur ces derniers, qui est actuellement la nôtre concernant les aînés, et de redéfinir des stratégies de type « socio-écologiques » combinant des actions de nature communautaire, politique et sociale.

Le rapport BROUSSY (Broussy, 2013) en a fait sa priorité numéro un : bien vieillir fait apparaître la problématique de la qualité l'environnement. Cet environnement doit faciliter la vie de la personne âgée et l'intégrer dans un réseau de socialisation par un voisinage riche en ressources accessibles. De nombreuses voix plaident par ailleurs, pour un élargissement de cette problématique à d'autres groupes sociaux comme les personnes handicapées (au sens large), les personnes en situation précaire, etc...

### Comment penser l'environnement ?

Imaginer cet environnement suppose de visualiser des cercles concentriques autour de la personne : son logement, son quartier (lieu où se nouent les proximités), sa ville avec ses transports et enfin les territoires où se prennent les décisions sur les questions d'aménagement et d'adaptation. En effet, ne travailler que sur le logement sans conceptualiser un voisinage propice, accessible par la marche, conduirait à isoler la personne faute de commerces de proximité, faute de transports adéquates, etc...

Dans le processus d'adaptation aux besoins des personnes âgées et par extension à toutes les autres personnes vulnérables, il faut faire intervenir à la fois le citoyen âgé, la famille, les professionnels d'une part et les acteurs compétents comme les collectivités locales, les associations d'autre part. Pour le moment, les politiques qui se concentrent sur l'adaptation des logements proposent :

- soit d'adapter le local d'habitation de la personne (adapter le stock) ;
- soit de promouvoir les logements intermédiaires entre le logement de droit commun et l'établissement spécialisé (contrôler le flux) ;
- soit les habitants sont locataires et regroupés dans un espace dédié en tout ou partie aux personnes âgées et dans lequel les services médicalisés (proximité d'un Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante - EHPAD) ou non sont facilités. Cette logique peut aller jusqu'à créer des micro quartiers.

Il semble nécessaire que les logements intermédiaires aient un objectif de mixité inter générationnelle<sup>2</sup>, mais ce mode est plus complexe à mettre en œuvre puisqu'il doit équilibrer les besoins et objectifs des publics concernés. La difficulté est de tenir compte des demandes de nombreux interlocuteurs sur des questions telles que l'intégration des logements étudiants, des logements sociaux, privés etc...

Car, outre les services dédiés aux personnes âgées, il ne faut pas oublier les autres acteurs et équipements de proximité que sont les commerçants, les artisans, la poste, les transports, les associations etc... et les professions libérales (médecins et auxiliaires médicaux, etc...), nécessaires pour coordonner les retours hôpital domicile.

Il manque parfois une représentation locale de chaque groupe potentiellement impliqué. Pour le moment, les politiques se bornent à des mises en œuvre expérimentales.

2. Pour éviter les stratégies de ségrégation par âge qui donnent naissance aux villes réservées aux plus de 55 ans, cf. les *Gated Communities* aux États-Unis.

La mise en place d'un guichet unique à l'attention des usagers qui serait une maison départementale de l'autonomie à partir des maisons départementales pour les personnes handicapées (loi du 11 février 2005), ou comme le CAS le propose (Gimbert and Godot, 2010), l'élargissement des missions des Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLICG ou CLIC)<sup>3</sup>, pourrait être une première structuration vers une coordination de tous les acteurs y compris les premières concernées, c'est-à-dire les personnes âgées et/ou leur représentation sur cette question.

### **Le lieu d'habitation ?**

Concernant leur lieu de résidence, les ménages mettent en œuvre des stratégies diverses selon leur vécu et de leur ressenti. Il y a toujours une difficulté à intervenir sur le domicile, qui porte plus de signification pour ses habitants que l'endroit ordinaire d'habitation, ce qui explique leur attachement au lieu et la difficulté d'accepter les modifications qui pourraient advenir (Ennuyer, 2009).

Dans le rapport à l'environnement, l'âge est un facteur secondaire par rapport à des données comme l'état de santé, l'appartenance sociale ou le cadre résidentiel. Individuellement les membres des professions libérales ne sont pas démunies sur cette question et conservent en raison de leurs dotations cette habitude de garder prise sur leur cadre. En effet, il est montré par exemple, que les personnes des classes moyennes aisées vivent leur retraite le plus longtemps comme une expérience positive. Alors que les ménages de classes populaires ont tendance à sentir plus fortement le poids de leur vieillesse et à se placer dans une situation de repli social et domestique. C'est en effet, la capacité d'auto-détermination acquise avant la retraite (impact des positions sociales) qui favorise l'autonomie des personnes et qui a un effet sur la capacité d'habiter un lieu.

### **Quelles sont les stratégies de mobilité observées et les logiques qui les soutiennent ?**

En moyenne, les ménages âgés ont une mobilité résidentielle faible. Mais en réalité, les comportements sont hétérogènes. Autour de la retraite, la plupart des personnes se maintiennent à leur domicile, d'autres choisissent de changer de département ou de région. On peut constater par exemple que pour le groupe le plus aisé la pratique d'une bi résidentialité, qui nécessite de posséder une résidence secondaire est fréquente.

---

3. Guichets d'accueil et de coordination des acteurs, leurs équipes pluridisciplinaires sont placés sous la responsabilité des conseils régionaux. Ils présentent trois niveaux de service, information, orientation pour le niveau 1, évaluation des besoins, niveau 2 et mise en œuvre d'un plan d'aide, aménagement du logement ou déclenchement des services d'aide à domicile, niveau 3.

**Le phénomène de la bi résidentialité pour les ménages aisés ?**

La double résidence concerne les personnes âgées qui sont souvent propriétaires des lieux avant l'âge de la retraite (40-50 ans). La retraite en tant que rupture des trajectoires de vie appelle à reconfigurer l'usage des résidences et à réaménager le temps passé dans la résidence secondaire.

Cependant, un des résultats du colloque *Patrimoine immobilier et retraite, 2004-2005, Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA)* montrait qu'avec l'avancée en âge, lorsqu'une résidence est abandonnée, c'est souvent la résidence secondaire avant la résidence principale.

On pourrait relever un manque d'anticipation des ménages quant à leur bi-résidentialité, qu'ils ont du mal à remettre en cause. Ils basculent sur une seule résidence, plutôt tard que tôt sur le coup d'un évènement de rupture comme un accident ou le décès du conjoint. De la même manière, il y a un manque d'anticipation de leur part sur la question du capital investi.

On observe également des personnes retraitées qui choisissent de rester où elles sont installées (dans le cas où elles résidaient dans des zones pavillonnaires, des zones péri urbaines, qui ne sont pas forcément pensées pour répondre aux besoins des personnes retraitées). Elles sont cependant satisfaites de leur choix, en raison de leur attachement à leur quartier où elles ont leurs habitudes.

Mais il existe des personnes qui subissent une mobilité contrainte à la suite par exemple d'une rénovation urbaine et qui restent durablement choquées par cette expérience. *A contrario*, il existe des cas « d'assignation à résidence », qui décrivent le quotidien de ménages placés dans l'impossibilité de déménager par manque de ressources et qui doivent vivre dans un quartier qui ne leur ressemble plus (dégradation de l'environnement ou à l'opposé, la gentrification du quartier). Enfin l'instabilité résidentielle est souvent le fait des baby-boomers lors de la prise de la retraite ou de la survenue d'évènements comme la maladie. A ces mobilités, on peut associer cinq logiques :

- la logique économique, soit la recherche d'un domicile ou d'un lieu de vie moins cher ;
- la logique de santé, soit pour rechercher un meilleur climat ou pour s'adapter à la survenue de difficultés de santé ;
- la logique familiale, entre le rapprochement dans l'espoir d'un soutien dans le grand âge et la recherche d'autonomie, quand les personnes choisissent la collectivité pour prendre en charge les difficultés de la vieillesse ;
- la logique spatiale, où les personnes seront attachées à plusieurs lieux et où la mobilité est une valeur désirable en soi (inscription temporaire dans les lieux) ;
- la logique conjugale, fruit de la négociation dans le couple et qui peut expliquer la bi-résidentialité, dans certains cas.

Ces logiques peuvent se succéder. Il existe la grille de lecture de l'avancée en âge, où proches de la retraite, les personnes suivent d'abord une logique de « mobilité hédoniste » renvoyant à la recherche du confort et du bien-être, caractérisée par la vie en couple, le maintien du statut de propriétaire et la préférence pour les petites villes ou les communes rurales, puis un passage à une mobilité d'ajustement (marquée par le retour vers les agglomérations -de faible ampleur toutefois- et vers l'habitat collectif et locatif) à 70-80 ans lors de l'apparition croissante de difficultés. Ainsi, il ne faut pas voir les mobilités des personnes âgées comme la coexistence de deux états : les seniors jeunes et dynamiques et les personnes en perte d'autonomie en institution, mais plutôt un processus où les personnes veulent marquer leurs décisions dans leurs choix de vie, sous contrainte à la fois de leurs dotations individuelles et des caractéristiques de leur environnement sur lequel ils ont des prises plus ou moins fortes (Caradec, 2010).

Car en effet, d'autres mobilités qui ne sont pas encore des mobilités vers les établissements de retraite et pour lesquelles le choix n'est pas encore contraint, surviennent. Ce sont des mobilités de milieu de retraite, c'est-à-dire de personnes qui ont quitté la vie professionnelle depuis plusieurs années et qui ont eu le temps de s'installer dans leur nouvelle vie (60-70 ans). Ces mouvements sont marginaux, mais ils sont symptomatiques d'une recherche avant le grand âge qui n'est pas l'établissement spécialisé. On peut qualifier cette mobilité de préventive (se rapprocher des services de proximité, d'un logement plus fonctionnel, etc. . .). En milieu de retraite, les déplacements sont plus probablement les conséquences d'un évènement (pathologie, départ d'un enfant, renoncement à la voiture) en lien à une mobilité d'ajustement qui :

- **recherche la sécurité** en se rapprochant des services d'un logement et d'un voisinage adaptés. Elle concerne les personnes seules et prend la forme d'une mobilité inter départementale ;
- **recherche la proximité avec les proches**, pour les personnes qui ont moins de liens avec les lieux de résidence et qui n'ont pas de besoin de services collectifs. Les solidarités familiales sont un critère important ;
- **recherche un lieu de vie plus agréable**. Cette mobilité entraîne souvent une mobilité sur une plus longue distance, qui touche les ménages ou des hommes seuls, dont le pouvoir financier est plus étendu et qui ont connu des phases de mobilité pendant leur vie professionnelle. L'attente vis-à-vis des services collectifs de proximité est plus faible.

Au delà, pour les urbanistes, les collectivités locales et les organismes (privés ou sociaux) d'habitation collectives, qui doivent intégrer le vieillissement dans leurs stratégies patrimoniales, deux logiques qui permettent de comprendre pourquoi certains territoires sont plus attractifs que d'autres, structurent ces trois motifs :

- Une logique préventive, pour rester le plus longtemps chez elles, les personnes misent soit sur un soutien familial, soit sur un soutien collectif ;
- Une logique de relation aux autres qui s'incarne dans une sociabilité de proximité ou dans des affinités choisies.

### 4.3 Rester chez soi : le maintien de son autonomie

Les personnes âgées préfèrent rester chez elle le plus longtemps possible. Cette solution suscite le consensus des politiques publiques, en raison des coûts sur les budgets publics qu'entraînerait l'entrée en institution spécialisée par rapport au maintien à domicile. Rester chez soi requiert trois modalités de mise en œuvre :

1. l'octroi de prestations monétaires ;
2. l'organisation d'offres de services à domicile ;
3. des dispositifs structurés pour soutenir les aidants (famille).

Mais cela n'est possible qu'à condition que le logement soit adapté au mode de vie qu'impose l'avancée en âge. Le défi est de modifier l'environnement (au sens large) de la personne âgée. C'est pourquoi le choix de rester à son domicile devrait être le résultat d'une réflexion et d'une mise en œuvre suffisamment précoces du lieu où on envisage de finir sa vie.

En matière d'adaptation du logement associée au vieillissement, la France occupe une position intermédiaire, un peu en dessous de la moyenne européenne, soit 6 % de logements adaptés pour les plus de 65 ans, contre 6,1 % en Europe. Elle est particulièrement en retard par rapport aux Pays du nord : 16 % aux Pays Bas, au Danemark (12,2 %) mais également vis à vis de l'Espagne (8,5 %) et de l'Allemagne (7,9 %). La Grèce est la Pologne montrent

les taux d'équipement les plus bas (moins de 2 %), cf. Enquête SHARE de 2005 (Colombet, 2011).

Selon l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH), deux millions de logements habités par les ménages de plus de 60 ans nécessiteraient des travaux d'adaptation, dont un peu plus de la moitié<sup>4</sup> seraient éligibles à ses aides. Le coût global est estimé à 24 milliards d'€, dont plus de 10 milliards d'€ à charge des propriétaires occupants éligibles aux aides.

Pour répondre aux besoins, les politiques publiques peuvent :

- soit construire des logements neufs pensés pour l'usage qu'en feront les personnes âgées,
- soit adapter les stocks existants,
- soit faciliter le déplacement des habitants vers les logements plus adaptés, ou dans le parc social. Cette option est encore marginale (elle nécessite aides financières, bourses au logement, recensement du bâti). Il faudrait que les agences prévoient un recensement systématique et un accompagnement humain.

La première solution obtient la majorité des suffrages mais sa mise en œuvre se heurte à des difficultés de renchérissement du coût de la construction en raison d'un besoin croissant des surfaces et par application de normes plus strictes, qui met en exergue une tension entre ces exigences légitimes de services de sécurité (gardiens, ascenseurs) et le financement de ces charges, que les personnes âgées, moins solvables, ne peuvent assurer et qui pèse sur les jeunes habitants. D'autre part, il y a des difficultés d'adéquation entre la géographie des besoins (cf. les régions menacées par le vieillissement) et la rationalité économique des promoteurs qui préfèrent porter leurs efforts sur des zones économiquement dynamiques, où le foncier est disponible et peu coûteux.

Individuellement, il existe des dispositifs qu'il conviendrait de développer ou d'adapter pour pratiquer une vraie prévention. Par exemple, le rapport BROUSSY (Broussy, 2013) préconise « la systématisation d'un diagnostic habitat-mobilité à partir de 70-75 ans », dans le but de prévenir pour les 10 à 20 années qui suivent les pertes d'autonomie et les risques d'isolement social. Mais l'adaptation du logement est loin de suivre l'évolution de la fragilité des populations âgées. Les travaux menés à partir de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance de l'Insee (HID) montrent clairement que les comportements qui anticipent une perte d'autonomie ou l'apparition d'un handicap sont peu fréquents, les déménagements s'effectuant sous la contrainte lorsque le besoin se fait sentir.

La notion d'accessibilité développée par la loi 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées<sup>5</sup> sur l'accessibilité aux personnes handicapées peut compléter la problématique de l'adaptation du bâti aux besoins des personnes âgées.

#### Définition de l'accessibilité

« L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant, les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits

4. dont 830 000 en propriété.

5. Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou toute restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales cognitives ou psychiques d'un poly handicap ou d'un trouble de santé invalidant, loi du 11 février 2005.

et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres. »

Source : Définition de l'accessibilité, une démarche interministérielle

Nous voyons bien que cette définition prend en compte tous les degrés de situation que rencontrent les personnes handicapées et les personnes âgées. Elle soutient le principe de décloisonnement des statuts et replace les politiques d'adaptation de l'environnement sous le signe de la perte d'autonomie et de l'accessibilité. Toutefois rendre le logement accessible ne veut pas dire qu'il soit adapté à la personne âgée.

### 4.3.1 Les aménagements du domicile

Pour prolonger l'autonomie et le maintien à domicile, les aides techniques aident la personne à réaliser seule les actes de la vie quotidienne. Elles évitent les accidents, qui entraînent des situations de dépendance (Bérardier, 2012).

En 2008, 13,2 millions de personnes de plus de 60 ans vivaient en milieu ordinaire et un quart d'entre elles étaient utilisatrices d'au moins un appareillage et avaient réalisé un aménagement de leur résidence.

Plus utilisées que les aménagements, car moins onéreuses, les aides techniques sont de quatre sortes :

- les aides à l'hygiène de l'élimination, comme les sondes, les collecteurs d'urine, les protections absorbantes ;
- les aides aux déplacements telles que les cannes, les déambulateurs, le fauteuil roulant, électrique, etc. . . ;
- les aides aux transferts par ex. du lit au fauteuil, telles que les planches, les sangles, les lève-personnes, etc. . . ;
- et les aides auditives, comme les amplificateurs de voix.

L'aménagement du logement requiert un projet plus lourd, tel que l'accessibilité et l'aménagement des pièces et des meubles (élargissement des portes, dispositifs lumineux, aménagement de la salle de bain, de la cuisine, dispositifs de soutien, équipement domotique, téléalarme, etc. . .).

Parmi la population âgée de plus de 60 ans à domicile, les aides à la mobilité sont les plus répandues, le besoin le moins satisfait est l'aide auditive. En effet, le nombre de personnes déclarant avoir besoin d'une aide auditive est de 1 470 000, quand 858 000 en ont l'utilisation.

### 4.3.2 Le financement

Les projets d'adaptation des logements nécessitent de réfléchir au financement : selon le rapport BROUSSY (Broussy, 2013), la fourchette du besoin financier se situe entre 6 000 € et 8 000 € d'investissement pour une perte d'autonomie avérée. Avec 4 000 à 5 000 €, des travaux conséquents peuvent déjà être faits.

Outre le crédit impôt pour l'amélioration des habitations, des aides financières existent. Mais elles relèvent de plusieurs acteurs, principalement l'ANAH, sous certaines conditions la branche vieillesse de la sécurité sociale, les conseils généraux et le secteur associatif. Les conditions d'attribution sont variables, ainsi que les montants accordés :

1. L'amélioration de l'habitation est confiée à l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH), créé en 1971 et principal financeur de la réhabilitation des logements et de l'habitat. La politique de l'ANAH est placée sous le thème de la mobilité réduite qui s'adresse à la fois aux personnes handicapées et aux personnes âgées (Burdin and Ruget, 2006). L'agence dispose déjà d'outils ouverts aux besoins des personnes âgées :



TABLE 4.1 – Plafonds des ressources en Ile-de-France

Nombre de personnes composant le ménage	Ménages aux ressources annuelles très modestes €	Ménages aux ressources annuelles modestes €
1	19 616	23 881
2	28 793	35 050
3	35 579	42 096
4	40 375	49 153
5	46 192	56 532
Par personne supplémentaire	+ 5 804	+ 7 068

Source : ANAH

TABLE 4.2 – Plafonds des ressources en Province

Nombre de personnes composant le ménage	Ménages aux ressources annuelles très modestes €	Ménages aux ressources annuelles modestes €
1	14 173	18 170
2	20 728	26 573
3	24 930	31 957
4	29 123	37 336
5	33 335	42 736
Par personne supplémentaire	+ 4 200	+ 5 382

Source : ANAH

aux propriétaires occupants sous condition de ressources, aux bailleurs et aux syndicats de copropriété pour des travaux sur les parties communes et éventuellement aux locataires à titre exceptionnel. **Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2013, ces aides ont été revalorisées. Les plafonds de ressources ont crû pour bénéficier à deux fois plus de propriétaires occupants, voir les tableaux 4.1 et 4.2.**

Les aides financent, sur un plafond de travaux subventionnables de 20 000 € HT, 50 % des frais pour les ménages très modestes ou de 35 % pour les ménages modestes. Les demandes nécessitent des justificatifs de perte d'autonomie et un dossier d'adéquation des travaux aux besoins de la personne : rapport d'ergothérapeute, diagnostic autonomie ou évaluation réalisée lors de la demande de Prestation de compensation du handicap (PCH) auprès du conseil général.

Il est possible d'être accompagné dans la démarche d'adaptation (assistance à la maîtrise d'ouvrage -AMO-) par un organisme agréé par l'État ou habilité par l'ANAH. La subvention de la prestation est de 448 € pour les projets d'amélioration pour la sécurité et la salubrité de l'habitat, ou pour l'autonomie de la personne. Si le logement se situe dans une Opération programmée d'amélioration de l'habitat (OPAH)<sup>6</sup>, les prestations sont gratuites.

- La branche vieillesse de la sécurité sociale (à condition que la personne (ou le conjoint) bénéficie d'une pension du régime salarié à titre principal), peut intervenir par une visite préalable de prévention faite par une structure mandatée. Ses conseils dont la mise en pratique est simple (améliorer l'éclairage, disposer de tapis anti-dérapants dans la cuisine ou les sanitaires, etc.) sont accompagnés d'un forfait de 100 € à 300 € qui prend

6. Programmes montés par l'ANAH, les collectivités locales et d'autres financeurs.

en charge une partie d'un « kit prévention ». La CNAV peut, dans une participation moindre, financer des travaux plus lourds sur la base de recommandations et d'un projet réalisé par un spécialiste de l'habitat mandaté par la caisse. Le montant de la prise en charge dépendra des ressources du ménage et du montant des travaux à réaliser, dans la limite d'un plafond défini par la caisse régionale. Les plafonds mensuels de ressources sont de l'ordre de 1 262 € pour une personne seule à 1 937 € pour un couple (Gimbert and Godot, 2010).

3. Les conseils généraux à travers l'Allocation pour la perte d'autonomie (APA) et la Prestation de compensation du handicap (PCH)<sup>7</sup>.
4. Le secteur associatif par son action sociale.

Il conviendrait de rendre le dispositif plus lisible pour l'intéressé et son entourage, via les CLICS (actuellement très centrés sur l'action médico sociale), dont il est nécessaire d'élargir les compétences à l'habitat ou les futurs Maisons départementales de l'autonomie (MDA).

Les prestations de l'ANAH paraissent encore devoir être développées. Parmi les pistes proposés, il faut :

- renforcer l'ANAH notamment pour les personnes à petits revenus dans le cadre de l'adaptation de leur logement, en prévoyant des prises en charge de 100 % dans certains cas, puis des aides dégressives ;
- instaurer une obligation pour le propriétaire-bailleur, compensée par une subvention de l'ANAH ;
- développer l'emprunt (résoudre la problématique de discrimination des personnes âgées par les banques, envisager le micro-crédit pour ce type de projet, restructurer et diffuser des produits comme le viager, le viager prêt hypothécaire, etc...), en étant attentif à l'assurance décès dont une partie pourrait être prise en charge par l'État ;
- étendre le champ de l'ANAH aux parties communes de la copropriété.

### 4.3.3 Les contraintes des structures d'aide aux personnes âgées

Lorsque les aidants familiaux (voir le chapitre 5) sont dans l'impossibilité de s'organiser (éloignement, disponibilité matérielle, absence d'enfants, etc...), ou lorsqu'il manque des structures d'accueil dans les zones rurales par ex., les interventions à domicile sont possibles, par une embauche directe (23 % des emplois au domicile des personnes dépendantes) ou intermédiée, ou par le recours aux services à domicile (SAD) (40 % de ces emplois) (Weber, 2013) ou aux services de soins infirmiers à domicile SSIAD.

L'assistance aux personnes âgées représente les deux tiers des heures rémunérées des emplois à la personne<sup>8</sup>, qui en 2010 concernaient 1,8 million de salariés, 12 200 organismes prestataires et 2,6 millions de particuliers (Baillieul et al., 2013).

7. La prestation de compensation du handicap financée par le conseil général est accessible à toutes les personnes handicapées âgées d'au maximum 75 ans, dont le handicap est survenu avant l'âge de 60 ans et qui soit les empêche « absolument » de réaliser au moins une activité essentielle, soit les empêche de réaliser « difficilement et de façon altérée » au moins deux activités essentielles. Les activités essentielles concernent la mobilité, l'entretien personnel, la communication, la capacité générale à se repérer dans l'environnement et à protéger ses finances. La PCH couvre les aides humaines, les aides techniques, les aides liées à l'aménagement du logement, du véhicule et à d'autres surcoûts liés au transport, les aides spécifiques exceptionnelles et les aides animalières. Les besoins de compensation sont déterminés par une équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sur la base d'un projet de vie exprimé par la personne et sont inscrits dans un plan personnalisé.

8. Garde d'enfants, assistance aux personnes âgées ou dépendantes, entretien ménager, soutien scolaire, livraison de courses ou de repas, assistance informatique, etc...

### **L'embauche directe d'une aide**

La personne âgée devient employeur et doit gérer les déclarations URSSAF, les bulletins de salaire, les absences, etc. . . . L'ancien professionnel libéral retrouvera ses réflexes d'employeur notamment pour le contrôle du travail fait, des compétences de la personne, de ses horaires et sa capacité administrative de gestion du personnel, sur la base de la convention collective des « salariés du particulier employeur » (24 novembre 1999).

### **Le recours à un service mandataire**

Dans ce cas, la personne aidée donne mandat, en général à une association, pour recruter une personne dont elle restera l'employeur, même si l'association se charge des formalités administratives telles que le bulletin de salaire et les déclarations à l'URSSAF. Les relations entre employé et employeur sont décrites dans la convention collective des « salariés du particulier employeur » (24 novembre 1999).

### **Les services d'aides à domicile (SAD) et les SSIAD**

**Les services d'aide à domicile (SAD)** à destination des personnes âgées proposent plusieurs types d'aide :

- l'accompagnement et l'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité, à la toilette, etc... ;
- des visites de convivialité permettant de détecter des signes inhabituels ;
- l'accompagnement et l'aide dans les activités sociales et relationnelles (démarches administratives, loisirs, etc...);
- le soutien d'activités intellectuelles, sensorielles et motrices de la personne.

Relevant des services à domicile, ils font bénéficier d'avantages fiscaux comme la réduction d'impôt de 50 % des sommes versées dans la limite de 6 000 €, si le ménage âgé est imposé ou d'un crédit d'impôt dans le cas contraire. La personne peut également déposer un dossier d'APA pour financer une partie des services rendus.

**Les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** sont apparus dans le décret du 8 mai 1981, relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées. La circulaire du 23 mars 2011, à la suite du plan Alzheimer (Mesure 6) a précisé les modalités d'organisation et de suivi d'activité des équipes spécialisées Alzheimer (ESA).

Les SSIAD relèvent des établissements et services sociaux et médico-sociaux selon le code de l'action sociale et des familles. La plupart des structures sont adossées à des organisations sanitaires ou médico-sociales. Elles sont gérées par des associations, des fondations, des mutuelles ou des établissements publics. Leur missions consistent à prodiguer des soins aux personnes âgées de plus de 60 ans. 96 % des missions se font à domicile, mais les équipes peuvent intervenir dans les établissements non médicalisés. Les équipes intervenantes sont composées de professionnels de santé, salariés ou libéraux (infirmiers, pédicures-podologues, etc. . .) et de professionnels du champ médico-social (aides soignantes, ergothérapeutes, psychologues. . .).

Les SSIAD interviennent sur prescriptions médicales. Les soins techniques, de base ou relationnels, sont assurés sept jours sur sept, sur la base d'un projet de soins individualisés.

Ils sont entièrement financés par l'assurance maladie, *via* un contrôle des Agences régionales de santé (ARS) qui fixent leurs tarifs. Les SSIAD permettent de retarder l'entrée en établissement (hôpital ou institution) ou permettent un retour plus rapide à domicile, après une hospitalisation.

2 095 SSIAD sont recensés au 31 décembre 2008. Habituellement de petites tailles, ces structures, de 50 personnes en moyenne en 2008, tendent à grossir. Les SSIAD représentent une dépense de 10 500 € par place (prévus dans l'ONDAM<sup>9</sup>), avec 108 613 places autorisées pour 103 821 places installées, soit 1,31 milliards d'€. Notons que dans certaines régions, le recours aux SSIAD est difficile par manque de structures et de professionnels (par ex. pénurie d'infirmières). Ce qui place la personne en situation d'attente, voire en devoir de se faire réhospitalisée. Certains SSIAD refusent les cas les plus lourds.

La première difficulté rencontrée lors des recours aux structures des SSIAD tourne autour de l'acceptation par la personne d'une intervention régulière, qui peut être ressentie comme une intrusion dans des conditions qu'elle ne maîtrise pas (elle n'est pas employeur) :

- les horaires d'intervention ;
- La remise des clefs du domicile ;
- Le champ de l'intervention ;
- Les équipements pour faciliter le travail des équipes et le confort de la personne (lit médicalisé, fauteuil et gérontotechnologie en général y compris les caméras de télésurveillance).

Les professionnels de l'équipe intervenante doivent se faire accepter par les bénéficiaires des soins et par la famille aidante.

La deuxième difficulté est celle de la coordination entre les intervenants multiples et les tierces personnes (la famille, le médecin traitant, l'hôpital), quoique ce point soit atténué par rapport aux situations décrites plus haut par la structure qui coordonne ses propres intervenants.

La troisième difficulté est la diversité des structures intervenantes dans les SAD et les SSIAD, dont les services peuvent varier en qualité et dans la nature de l'intervention. Le montant de l'Allocation pour l'autonomie (APA), qui doit couvrir les frais du recours aux SAD, est souvent insuffisant, ce qui donne du poids à la contrainte financière dans le choix d'une équipe alors que les besoins des personnes devraient être prioritaires.

Selon un rapport de l'IGAS (Raymond et al., 2009),

« le paradoxe du secteur : plus les personnes ont besoin d'un grand nombre d'heures d'aide à domicile, plus elles auraient besoin que ces heures soient encadrées et donc effectuées par des opérateurs prestataires. Mais la quantité d'heures nécessaires oblige souvent dans ces cas de recourir au salariat de gré à gré pour des raisons de coûts. »

Ce paradoxe soulève un problème de contrôle de la qualité des services proposés, bien qu'un agrément d'Etat, attestant du respect d'un cahier des charges<sup>10</sup> et de certaines règles soit obligatoire pour commencer une activité auprès des publics fragiles.

En effet, de nombreux organismes de services à la personne se sont créés, favorisés par des réformes, comme « le plan de développement des services à la personne » en 2005, qui voyaient dans leur essor un vivier d'emplois. Or ces nouveaux métiers autour de la dépendance souffrent d'une faible professionnalisation. Coincés entre le médical et l'aide domestique, ils recrutent souvent une main d'œuvre féminine et âgée notamment parce que les conditions de leur développement visaient à l'époque l'insertion de chômeuses peu qualifiées. En outre, la main d'œuvre pâtit d'une organisation industrielle des tâches (salaire à l'heure, pointeuse, temps partiel, division du travail, etc...), qui donne des emplois de mauvaise qualité, laissant peu de place aux relations personnelles de confiance entre les aidés et les aidants professionnels. Avec la montée en gamme de la qualification des jeunes générations, il est urgent de redonner

9. Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

10. Arrêté du 26 décembre 2011 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 7232-7 du code du travail.

de l'attractivité au secteur (formation, revalorisation des salaires, gouvernance du maintien à domicile) (Weber, 2013).

## 4.4 Les structures d'accueil collectives

Selon le contexte<sup>11</sup> et souvent à la suite d'un accident ou d'une pathologie qui a fortement altéré son autonomie, la personne âgée est amenée à quitter son logement pour un autre plus adapté. Aucune étude n'existe sur les conditions d'entrée en institution, on peut supposer qu'elle est motivée par la qualité de vie et les coûts financiers supportés par les familles.

Il existe plusieurs types d'institutions qu'on appelle Établissements d'hébergement pour les personnes âgées (EHPA) dont les coordonnées peuvent être obtenues auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS). Les établissements sont plus ou moins médicalisés selon leur vocation à accueillir des personnes âgées autonomes, dépendantes ou très dépendantes, voir le tableau 4.3.

Ainsi pour les personnes capables d'effectuer elles-mêmes les gestes de la vie courante, il y a :

- Les logements foyers qui sont des structures non médicalisées proposant un logement studio ou F2, bénéficiant d'équipements et de services collectifs facultatifs (restauration, blanchisserie, activités de loisirs...). Les résidents ont le statut de locataires ;
- Les résidences services, non médicalisées également, proposent en location ou en propriété des logements qui s'accompagnent de services de haut de gamme ;
- Les Maisons d'accueils rurales pour personnes âgées (Marpa).

Les personnes âgées en perte d'autonomie, c'est-à-dire ayant besoin d'une surveillance médicale sont prises en charge, en chambre individuelle, par les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les EHPAD offrent un service, ce qui fait perdre à leurs résidents leur statut de locataire.

Les personnes très dépendantes qui se trouvent dans l'incapacité d'effectuer elles-mêmes les actes de la vie courante (par exemple, quand elles sont dans l'impossibilité de se laver, de se nourrir seules) et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante peuvent être accueillies dans les services hospitaliers, tels que les Unités de soins de longue durée (ULSD) ou les Unités de soins spécifiques Alzheimer ou syndrome apparenté.

### 4.4.1 Les logements foyers

Les personnes très âgées mais encore valides devraient faire l'objet d'une attention particulière, dans le cadre d'une politique de prévention. Non admises dans les EHPAD, mais ne pouvant rester chez elles, elles auraient besoin d'une offre de logements adaptés. Le logement-foyer conçu comme une plate forme de quartier pourrait être une solution. Le logement-foyer (appelé résidence pour personnes âgées) est souvent un studio ou un deux pièces indépendant qu'accompagnent des services collectifs, facultatifs et payants (restauration, blanchissage, salle de réunion, infirmerie...). La personne, qui y vit de manière indépendante, peut faire appel à des aides extérieures.

La presque totalité des logements-foyers n'ont pas signé de convention tripartite, bien qu'un petit nombre d'entre eux se soient engagés dans une convention et soient devenus des EHPAD. Compte tenu des besoins prévus, les politiques publiques encouragent cette évolution. A cette fin, le rapport BROUSSY (Broussy, 2013) préconise d'adjoindre à leur service

11. Les décisions familiales, les propositions des services de soins hospitaliers ou des contraintes locales comme la place dans les institutions, le manque de services à domicile peuvent peser (Weber, 2013).

TABLE 4.3 – Nombre de résidents au 31 décembre 2007

	Nombre de résidents	En %	Age moyen à l'entrée
EHPAD*	494 709	76	83 ans et 10 mois
Maisons de retraite	31 824	5	83 ans et 10 mois
Logements-foyers	111 860	17	79 ans et 6 mois
Unité de soins de longue durée non EHPAD	18 348	3	82 ans et 9 mois
Ensemble des EHPA	656 741	100	83 ans et 5 mois

\*EHPAD : maisons de retraites, logements-foyers, USLD, ayant signé une convention tripartite.

Champ : France entière, données au 31 décembre 2007

Source : Enquête EHPA 2007, DREES, dans (Prévoit, 2009)

d'hébergement l'obligation de délivrer en plus des services d'animation, de prévention, de repas... , en lien avec d'autres acteurs (CCAS, CLICS).

#### 4.4.2 Les EHPAD

L'aspiration des nouvelles générations à rester chez elles le plus longtemps possible renforce la spécialisation des Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vers une médicalisation accrue et vers la prise en charge de la dépendance et des pathologies lourdes comme l'Alzheimer. En 2007, l'âge moyen d'entrée en EHPAD était de 83 ans et 10 mois, en croissance depuis 2003 (Prévoit, 2009).

Anciennes maisons de retraite, qui offraient une prise en charge globale des besoins de la personne sans autonomie dans le cadre d'un hébergement collectif (chambre de plusieurs lits et services collectifs), les EHPAD disposent à présent d'unités de soins pointues telles que :

- les unités Alzheimer ;
- l'accueil de jour ;
- l'hébergement temporaire.

Depuis une décennie, ce secteur a connu une amélioration remarquable grâce à une réforme dite « de la tarification », qui a favorisé une augmentation quantitative de l'offre, puis une amélioration qualitative *via* des politiques de conventionnement tripartite -État, établissement et conseil général - et *via* les différents plans pluriannuels (par ex. le plan vieillissement et solidarité 2004-2007, le plan Grand Age 2001-2012, le plan Alzheimer III 2008-2012). Enfin la réglementation du secteur s'est normalisée.

Toutefois, les structures d'hébergement sont inégalement réparties sur le territoire. De nouvelles places sont créées dans des départements déjà équipés, comme en Mayenne, en Loire Atlantique, etc... mais il existe des départements sous-équipés tels que le Pas-de-Calais, l'Hérault, le Doubs, etc... (source : FHF 2009). Pour anticiper les besoins, il s'agit alors d'assouplir les règles de transformation des EHPA en EHPAD.

Les problématiques des personnes entrant en EHPAD tournent autour **du respect de leurs droits individuels**, puisque l'entrée peut être considérée et ressentie comme une privation de liberté, en plus du choc de quitter le domicile et d'entrer en collectivité avec toutes les contraintes associées<sup>12</sup>(Auzzino, 2009) et **des coûts importants d'hébergement** à charge des familles.

12. Intervient la problématique du consentement. Le consentement nécessite au minimum une information, un travail sur le projet de vie entre la personne, la famille et l'établissement, la considération d'une période d'essai.

En effet, le service et le financement dans un EHPAD sont composés :

- du « forfait soins », financé par l'assurance maladie et versé à l'établissement ;
- le « forfait journée hébergement », à la charge des familles, ou éventuellement de l'Aide sociale d'hébergement <sup>13</sup> ;
- le « tarif dépendance » à la charge des familles et pouvant être solvabilisé par l'aide personnalisée à la dépendance (APA), voir le chapitre 7.

Le coût final est en moyenne plus élevé que les ressources de la personne : 80 % des personnes hébergées doivent faire appel à leurs proches <sup>14</sup> : la facture s'élève en moyenne à 2 200 € par mois allant jusqu'à 5 500 € mensuels (Branchu et al., 2009).

Les familles doivent souvent contribuer soit volontairement, soit par le biais de *l'obligation alimentaire*. Les obligés alimentaires sont caution solidaire de leurs parents, ce qui permet à l'établissement, en cas de non paiement, d'engager des poursuites contre l'ensemble des obligés. Pour financer le séjour, des aides existent (aides fiscales, aides au logement, aide sociale à l'hébergement, etc...), mais la lecture des dispositifs est complexe, puisqu'interviennent trois financeurs : l'État pour les aides fiscales, la CAF pour l'aide au logement et les conseils généraux.

De plus selon la Cour des comptes, lors de la ré actualisation de son rapport de 2005 consacré aux personnes âgées, les Établissements d'hébergement souffriraient d'un manque de transparence des tarifs (il n'existe pas, en effet, de système transversal de suivi) et d'une trop grande hétérogénéité dans la qualité des établissements observés.

#### 4.4.3 Les unités de soins de longue durée (USLD)

Ce sont des établissements rattachés à un centre hospitalier, qui accueillent les personnes en grande perte d'autonomie nécessitant des soins prolongés ou une surveillance médicale continue. Ils définissent, pour chaque personne, un projet de vie, dans lequel s'inscrit le projet de soins, grâce à une collaboration multidisciplinaire des professionnels de santé.

#### 4.4.4 Conclusion

En conclusion de cette partie nous voudrions attirer l'attention sur l'importance de l'information et de la prévention dans un cadre plus élargi que le médico social. La perte d'autonomie varie selon les caractéristiques propres des personnes (ménage d'une seule personne, plus âgée, subissant une perte de revenus liée au décès du conjoint), mais aussi selon les spécificités environnementales (contexte urbain et relationnel).

Le « vieillissement actif » étend son champ à la question de l'environnement, qui n'est pas adapté à nos aînés et où la réflexion a pris du retard. Dès que survient la perte d'autonomie (dépendance physique, psychique ou sociale), le vécu quotidien marque un changement. Il est rendu complexe par la fragmentation et l'inadaptation des dispositifs selon les territoires considérés et les efforts de coordination entre les acteurs.

Déjà, quand nos aînés disposent de moyens, nous les voyons dessiner des stratégies pour mieux préparer le grand âge : mobilités résidentielles intermédiaires, aménagement de leur résidence, recherche de sécurité, qui ont un effet sur le vieillissement différencié selon les régions et qui appellent des solutions territorialisées.

---

13. L'ASH est un prêt consenti par l'État, par le biais du conseil général ou par les collectivités locales. Ces derniers peuvent demander le remboursement de cette aide auprès des obligés alimentaires ou sur le patrimoine de la personne après son décès - récupération sur succession.

14. Pour rappel, la pension moyenne de retraite est de 1 400 € par mois et de 800 € par mois pour les femmes.

La sécurité de leur environnement est une autre demande de la part de cette population. Cette demande est de mieux en mieux prise en compte par les pouvoirs publics, depuis le milieu des années 1980, qui la lient à sa condition « vulnérable » lorsqu'elle commence la seconde partie de sa retraite vers 75 ans, (voir l'article « Vieillesse et sécurité, comment mieux protéger les seniors ? » d'Olivier RENAUDIE (Gimbert and Godot, 2010)).

Mais il reste encore beaucoup de défauts d'information et d'accompagnement dans le maillage territorial des aides qu'ils peuvent recevoir pour :

- Préserver leur cercle relationnel par la reprise d'une activité, par le bénévolat, par des formations ;
- Préserver leur santé ;
- Préserver leur mobilité et leur autonomie en sécurité.

Car en effet, il y a peu d'anticipations individuelles sur les conséquences concrètes du vieillissement.



## Chapitre 5

# La question des aidants

La question des aidants relève souvent de la prise en charge familiale de la dépendance. Elle est très importante en Europe où 80 % des personnes dépendantes reçoivent de l'aide familiale (enquête SHARE). Cette aide passe :

- soit par l'hébergement,
- soit dans l'aide à l'accomplissement des tâches quotidiennes (soins personnels, aide domestique ou administrative).

Elle mobilise particulièrement la génération des jeunes retraités et des personnes en activité mais proches de la retraite, soit environ 3 millions de personnes selon le Conseil d'analyse stratégique (Gimbert and Godot, 2010).

C'est sur cette prise en charge familiale, considérée par les pouvoirs publics comme disponible, que l'objectif du maintien à domicile s'est construit. Évaluer cette aide en temps est difficile mais elle est significative. La mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) n'a pas entraîné un effet de substitution. Son déploiement s'est traduit par un maintien de la personne à son domicile avec une implication plus grande des proches pour coordonner l'organisation de la vie quotidienne. Ces derniers sont en effet déchargés de la charge financière et des tâches domestiques. L'aide publique a plus d'impact sur le maintien à domicile des personnes seules, elle a moins d'impact sur les personnes encore en couple.

### 5.1 Caractéristiques des aidants familiaux

L'instauration de l'APA en 2002 ne s'est pas pour autant substituée aux aides familiales qui restent prédominantes. L'aide familiale, estimée par l'enquête sur l'APA, entre 6 à 8 milliards d'euros, représenterait 60 % du coût de la prise en charge d'une enveloppe globale : les aides informelles seraient donc supérieures aux aides formelles. Le volume horaire se situerait entre 2h30 et 6h30 par semaine en complément d'une aide professionnelle et selon le besoin de la personne.

L'aide familiale présente plusieurs caractéristiques :

- Cette aide familiale ne repose pas sur une rémunération, elle est peu valorisée puisqu'elle s'appuierait sur des compétences naturelles des aidantes (posant des problèmes d'égalité hommes-femmes). De plus, l'aide est structurée en dehors du handicap (qui est un champ plus organisé et plus ancien) et inclut l'obligation alimentaire des enfants envers les parents.
- La charge de l'aide revient au conjoint ou lorsque le conjoint a disparu, aux enfants appartenant à la « génération pivot » des 45-65 ans, notamment la femme (pour les aidants en couple). La conciliation entre les tâches et la vie professionnelle pose la question de la participation des seniors sur le marché du travail et des fins de carrières. Cette tension

devrait attirer l'attention des pouvoirs publics en terme d'aménagement afin de favoriser ce double objectif emploi des seniors et grande parentalité. Les aidants sont familiaux et souvent plusieurs personnes interviennent autour la personne âgée en fonction de leur position dans la structure familiale, ou des degrés de dépendance de la personne. Les deux tiers des aides sont des femmes, en tant qu'aidantes principales. Les hommes interviennent, mais plus fréquemment pendant la retraite et auprès de leur conjointe. Lorsqu'ils interviennent seuls, leur implication est peu différente de l'implication des femmes. Les aidants peuvent aussi être les enfants, notamment lorsque la personne est veuve et que le degré de dépendance est élevé. Leur soutien se caractérise soit par une cohabitation (surtout dans les pays du sud) ou soit à distance occasionnellement (pays du nord). La France mixe les deux types d'aide.

- Le travail des aidants est un ensemble de tâches diverses qui peuvent néanmoins s'ordonner selon : le soutien financier, l'aide aux tâches domestiques (courses, ménage, toilettes, cuisine), l'aide aux tâches administratives et aux décisions (budget, relation avec les tiers, organisation, etc. . .).

## 5.2 Les difficultés et évolution des aidants familiaux

### 5.2.1 Nécessité d'un statut

Un statut existe depuis la loi du 11 février 2005, au bénéfice des aidants de personnes handicapées et personnes dépendantes, qui procure une meilleure protection, une reconnaissance dans la société et des ressources. Il pourrait être étendu aux personnes aidant des personnes âgées pour leur rendre accessibles par ex. une protection sociale si elles sont bénévoles, des formations adaptées qui porteraient sur les soins corporels ou sur le soutien psychologique à apporter au malade<sup>1</sup>, ou un soutien structuré dans les CLIC. En 2006, un projet de décret s'était saisi de la question mais, était resté à l'état de projet. Alors que d'autres pays ont mis en place un statut spécifique par ex. depuis 1995 pour le Royaume-Uni.

En France, deux congés sont mobilisables, le congé de soutien familial et le congé de solidarité familiale pour concilier la vie familiale et la vie professionnelle, mais leurs règles sont peu adaptées aux situations auxquelles font face les aidants (limitation du congé à 3 mois maximum, absence de rémunération ou faible rémunération, condition de dépendance de la personne âgée à 80 %, etc . . .), qui ont besoin d'autorisation d'absence sur une durée indéterminée et qui ont un travail de gestion des évènements par à-coups.

### 5.2.2 Conciliation avec la vie professionnelle

Avec le déploiement de l'APA, on constate une diminution de l'offre sur le marché du travail des seniors, lors de la prise en charge d'une personne dépendante. Le phénomène est peu significatif en France, où les dispositifs de prise en charge sont plus développés, mais il montre que l'intervention de l'État a des effets sur la participation des aidants sur le marché du travail. Or dans l'avenir, les aidants pourraient être plus sollicités, compte tenu de l'augmentation de la population âgée de plus de 75 ans (dont il faut prévoir la croissance des besoins).

---

1. Quelques CLIC, les caisses de retraite ou les associations peuvent organiser ces formations, mais rien n'est à ce jour généralisé.

### 5.2.3 Difficulté des tâches

Les tâches des intervenants extérieurs sont répétitives et clairement délimitées. Les tâches des aidants sont vues par les intéressés comme des charges pénibles au niveau psychologique et physique. Les routines sont rythmées par des moments de crise (maladie, accidents, décès, etc...) où des décisions importantes doivent être prises. Le stress et la fatigue, l'isolement social peuvent avoir ainsi des conséquences sur l'état de santé de la personne aidante, surtout si la prise en charge est longue. La conservation d'une vie professionnelle est alors importante pour la personne qui dispose d'un sas de socialisation (collègues, amis, etc...). La question est alors plus une affaire de conciliation entre la vie professionnelle et la vie d'aidant qu'une volonté de renoncer à la sphère professionnelle.

Des études montrent que la présence ou non de l'APA est indépendante du niveau de l'implication des familles (l'intervention de l'État n'entraîne pas de diminution des compensations familiales). Ce qui permet de configurer les aides collectives comme une complémentarité de prise en charge des aides familiales. Ces dernières sont le fruit d'une culture et d'une histoire familiale, elles ont leur propres ressorts internes et leur propre poids, même si elles interagissent avec les politiques de l'État. Il y a alors complémentarité et substituabilité, et peut-être effet de levier : les aides collectives incitant les aides familiales.

### 5.2.4 L'évolution des aidants

Dans un futur proche, l'évolution démographique changera la nature des aidants. Ainsi, par effet générationnel, les femmes qui sont habituellement présentes sur le marché du travail auront tendance à se retirer.

De plus, compte tenu des comportements et des modes de vie préventif des personnes qui atteindront le 4<sup>ème</sup> âge, il est probable que la perte d'autonomie intervenant plus tard, les aidant(e)s potentiel(le)s seront plus âgé(e)s qu'actuellement. Enfin les aidés, plus avertis et plus autonomes que leurs aînés, n'auront pas les mêmes besoins.

Il faut aussi prendre en compte l'éloignement géographique, les séparations des couples, le rôle des hommes en tant qu'aidants est difficilement prévisible. Actuellement, on observe une proximité géographique entre les deux générations en Europe (entre 24 % et 46 % des quinquagénaires de l'enquête SHARE vivent à moins de 5 km de leur ascendant. Le ratio est de 24 % pour la France). Il existe des disparités socio professionnelles qui montrent que les cadres sont moins en situation de proximité.

Actuellement les aides aux aidants sont rares et peu adaptées. Mais le peu d'aides qui existent, paraissent plus flexibles que la mise en œuvre de politiques aux aidés. Elles peuvent s'articuler autour de quatre piliers :

- la question du statut et des droits des aidants (reconnaissance sociale de leur rôle) ;
- les modes de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale ;
- les outils allégeant leurs tâches ;
- les structures de parole (ou de répit) pour un accompagnement psychologique.

La question de la rémunération se pose toujours pour les aidants mais se heurte à l'obligation alimentaire des enfants vis-à-vis de leurs parents et à la question de la « professionnalisation » des aidants vers des gestes techniques, voire médicaux. Plusieurs pays européens auraient dépassé cette réserve comme l'Espagne, l'Angleterre et l'Allemagne.

Enfin pour soutenir les aidants en les maintenant sur le marché du travail, il pourrait être opportun d'impliquer d'autres acteurs tels les assureurs ou les entreprises qui aménageraient autant que possible le télétravail, ou qui offrirait des bouquets de services de support aux aidants par ex. en mettant en œuvre des programmes d'information, de référence et de ressources ou des programmes de coordination de soins gériatriques (USA).

Une meilleure coordination des services et des professionnels autour de la personne âgée pourrait alléger les tâches des aidants, comme la mise en place d'un coordinateur de cas (testé dans le plan Alzheimer), c'est-à-dire un référent qui serait l'intermédiaire entre les professionnels et la personne âgée et sa famille. La question qui se pose est, qui ? Et comment le financer ? Il s'agit alors de mieux informer en impliquant des acteurs tels les collectivités locales, les CLICs, les réseaux gérontologiques, les associations d'aidants, les assureurs, les entreprises, etc. . .

Enfin, pour prévenir l'isolement des aidants et de la personne dépendante, des lieux d'accueil de jour (qui existent déjà, mais en nombre trop réduit : 12 000 places en juin 2012 dans 3 000 centres d'accueil (Gimbert and Godot, 2010)) pourraient être multipliés et rendus plus accessibles financièrement et géographiquement. L'organisation des gardes de nuit à domicile par les EPHAD, la multiplication des cafés aidants pour rompre l'isolement, l'organisation de sorties, ou de cours à l'université (Angleterre), etc. . . sont des mesures qui pourraient répondre aux besoins des aidants.

## Chapitre 6

# La sécurité physique et financière

Lorsqu'on interroge les personnes âgées, quelle que soit leur ancienne appartenance professionnelle, il ressort un besoin de sécurité physique et morale, dans leur environnement, leurs relations avec les tiers.

La société productive paraît agressive vis-à-vis des personnes fragiles et vulnérables que sont également les enfants, les handicapés, les personnes âgées et en plus de la délinquance, ces dernières sont également victimes d'actes de maltraitance. La question se pose alors de mettre en œuvre une législation ciblée pour répondre à leurs besoins. Ce chapitre reprend un panorama de situations où la sécurité des personnes y compris anciennes professions libérales est interrogée, et quelles sont les réponses qui sont actuellement apportées, et éventuellement les solutions qui restent à donner.

### 6.1 La maltraitance à domicile et dans les établissements

La maltraitance envers les personnes âgées est un phénomène ancien, car confiné dans le domaine privé. On est mal renseigné sur son ampleur ; selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il concerne 4 % à 6 % des personnes âgées à leur domicile. Aujourd'hui, compte tenu du vieillissement en Europe, le problème de plus en plus visible a été récemment reconnu (1980) et pris en charge par les politiques publiques. La plupart des rapports traitant du sujet se base sur la définition du Conseil de l'Europe :

« La violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière. »

Les types de violences retenues renvoient également aux travaux (1992) du Conseil de l'Europe, à savoir et pour mémoire (Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés, 2008) :

1. **les violences physiques** : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie)...
2. **les violences psychiques ou morales** : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales...
3. **les violences matérielles et financières** : vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés ...

4. **les violences médicales ou médicamenteuses** : manque de soins de base, non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur. . .
5. **la privation ou la violation de droits** : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse. . .
6. **les négligences actives** : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire
7. **les négligences passives** : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage, de la tentation de se substituer à la personne dans la prise de décisions ou l'accomplissement de tâches au lieu de l'aider à les prendre ou les accomplir par elle-même.

La lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables se heurte souvent à celle de son signalement. Dans la majorité des cas, les victimes ne souhaitent pas porter plainte, par peur de rompre la relation avec la personne en cause (famille ou personne en charge de l'aider), par peur de représailles, ou n'ayant pas pris conscience des actes de maltraitance.

Quels sont les cas les plus rencontrés ? (source : statistiques 2010, ALMA)

- les maltraitements verbales et psychologiques ;
- les violences physiques ;
- les négligences.

### 6.1.1 Les situations à risques

Les risques de maltraitance sont consubstantiels à la vulnérabilité (physique ou psychologique) de la personne prise dans un face à face relationnel plus ou moins bien vécu avec les personnes de son environnement (les aidants, la famille, les professionnels. . .).

En dehors des cas volontaires, la maltraitance est souvent la conséquence de l'épuisement d'un aidant et d'un manque d'information (par ex. dans le cas d'aidants qui ne comprennent pas les comportements agressifs d'une personne, victime d'Alzheimer) et de formation. Une autre cause de maltraitance peut être un abus de précaution résultant de l'installation d'une routine, sans remise en cause devant une situation qui évolue <sup>1</sup>.

Ainsi un environnement inadapté à l'autonomie de la personne vulnérable, tel qu'un établissement d'accueil ne convenant pas à la pathologie ou un domicile mal équipé peuvent générer des situations à risques.

Les professionnels et les aidants sont soumis à des **contraintes organisationnelles fortes**, à un rapport affectif et particulier aux personnes aidées, à la maladie et à la fatigue. Ils subissent malgré eux les effets d'un surinvestissement dans une relation placée sous le signe de la mort. Du côté de la personne aidée, les vulnérabilités apparaissent lorsque **les déficiences** qui accompagnent la très grande dépendance, empêchent la communication verbale et génèrent de la part de l'entourage un sentiment de frustration, quand les troubles sévères et chroniques de type démentiel ou apparentés, avec déambulation engendrent de l'agressivité ou de l'apathie avec perte de l'estime de soi et quand la personne est diminuée par le sentiment coupable de se sentir une charge (Direction générale des affaires sociales, 2005).

---

1. Ce schéma développé dans la littérature et sur lequel se basent les outils de dépistage n'est pas complet sans mentionner les actes de maltraitance entre conjoints dont la relation se caractériserait par un conjoint souffrant de pertes cognitives ou d'Alzheimer qui maltraiterait son époux lucide (ou épouse, le plus souvent) (Gravel et al., 1997). On notera que l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (ANESM) prend le parti de ne pas étendre son champ à ce type de maltraitance (le rapport préfère le nommer par le terme de violence), même si cela aggrave la maltraitance par réaction. En effet, le niveau de vulnérabilité n'est pas le même et n'est pas comparable.

### 6.1.2 La prévention

Pour rappel, la loi fait obligation à quiconque ayant connaissance de maltraitements d'informer les autorités judiciaires ou administratives, sous peine de sanctions pour « non assistance à personne en péril », article 434-3 du code pénal. Notons que dans le cadre de la lutte contre la maltraitance, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale renforce les fonctions de contrôle et de surveillance ainsi que la protection des salariés qui procèdent à des signalements.

En terme de prévention, de nombreux guides et grilles d'évaluation tentent de faire reconnaître aux professionnels les situations à risques, en particulier les situations non maîtrisées de forte charge, de débordement et d'engagement affectif. Il existe des actions de formation et de sensibilisation, organisées par les réseaux dont les plus importants sont ALMA [www.alma-france.org](http://www.alma-france.org) qui fédère un ensemble d'associations départementales ou HABEO [www.habeo.org](http://www.habeo.org) qui assure la gestion d'un centre d'écoute des personnes âgées et handicapées victimes de maltraitance.

Depuis 2008, les pouvoirs publics ont mis en place avec ces associations **un numéro national, 3977, pour signaler des cas de maltraitance**<sup>2</sup>. Le numéro national déploie une écoute par des professionnels, un soutien et des conseils spécialisés. Un suivi de chaque situation est possible si la personne le désire ainsi qu'une prise en charge de proximité par les acteurs locaux. Il s'adresse aux personnes âgées et handicapées victimes de maltraitance, aux témoins de situations de maltraitance et aux aidants, c'est-à-dire l'entourage privé et professionnel.

Il est nécessaire également de sensibiliser les aidants familiaux aux démarches à suivre en cas de situations de maltraitance :

- s'informer des dispositifs de prévention et de lutte contre la maltraitance envers des adultes vulnérables au niveau départemental ;
- saisir le procureur de la République, qui s'adressera aux policiers et aux gendarmes pour une enquête judiciaire ;
- alerter le préfet du département, le directeur de la DDASS, s'il s'agit de professionnels maltraitants, ou le médecin inspecteur de la santé et le président du conseil général.

### 6.1.3 La maltraitance financière

« La maltraitance financière à l'égard d'une personne âgée [se définit comme] tout acte commis sciemment en vue de l'utilisation ou de l'appropriation des ressources financières de cette dernière à son détriment, sans son consentement ou en abusant de sa confiance ou de son état de faiblesse physique ou psychologique (Koskas et al., 2011). »

Le champ de la maltraitance financière comprend :

- les vols, au domicile ou en institution, sur les comptes bancaires sous procuration...
- les escroqueries aux assurances, les placements abusifs, les modifications de testament, les prêts forcés générant du sur-endettement, le logement occupé sans droit ni titre par la famille, etc...
- les abus de faiblesse, le démarchage et la vente forcée, le gonflement des prix, les abonnements inutiles, les travaux non nécessaires ou sur facturés, les prestations médicales non effectuées, la défection du tuteur, etc...
- la pression sectaire, qui peut se manifester par la captation d'héritage, un entourage « bénévole » abusant de la personne pour recevoir des dons et legs, l'emprise mentale, etc...

---

2. Ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 19 h, au prix d'un appel local depuis un téléphone fixe.

- la délinquance astucieuse, dans le cadre de mariages arrangés, les dons et legs extorqués, les adoptions inopinées, la cohabitation progressant jusqu’au squat. . .

Les statistiques autour de la maltraitance financières sont lacunaires et dispersées. En 2011, un rapport a traité du sujet dans les établissements (Koskas et al., 2011), puis la maltraitance à domicile a fait l’objet d’un mémoire de master 2 professionnel (Carvalho, 2011).

La maltraitance financière intervient majoritairement au domicile, plutôt que dans les établissements. Elle est souvent le fait de proches (la famille – les enfants et/ou le conjoint, concubin - , l’entourage et les professionnels du domaine médico-social). Les victimes sont plus souvent des femmes âgées (entre 76 et 90 ans).

## 6.2 Le droit contre la maltraitance

**L’appareil juridique français ne fonctionne pas sur un droit spécifique aux personnes âgées, il s’appuie sur le principe de la protection des personnes vulnérables**<sup>3</sup>. Dans ce cadre, plusieurs branches du droit peuvent intervenir, comme le montre le graphique 6.2.1 :

- le droit civil, qui couvre les articles 901 et 909 à 911 du code civil et les dispositions de protection des majeurs, voir la sous section 6.3 ;
- le droit pénal et le droit de la consommation dont les dispositions prévoient des « aggravations » de délits ;
- en outre, il existe des dispositions propres aux professionnels, dont le plus important est *la levée du secret professionnel* sous deux conditions : il doit s’agir de privations ou de sévices, y compris sexuels et la victime doit être un mineur ou une personne dans l’incapacité de se défendre seule - (art. 226-14 du code pénal) qui permet de signaler les situations de maltraitance et de bénéficier de la protection qui s’attache aux salariés d’établissement ayant fait un signalement (art. L.313-24 du code de l’action sociale et de la famille).

### 6.2.1 Le droit civil

Outre les mesures de protection des personnes majeures dans le droit civil, qui sont développées dans la section 6.3, la prévention de la *captation des biens ou d’héritage* passe par les articles 901 et 909 à 911 du code civil, ainsi que par l’article L.331-4 du Code de l’action sociale et de la famille :

- l’article 901 impose pour les adultes qui ne sont pas assujettis des mesures de protection, la nécessité d’être sain d’esprit pour effectuer une libéralité, sous peine de nullité lorsque le consentement a été vicié par l’erreur, le dol ou la violence ;
- l’article 909 interdit aux professionnels de santé d’accepter d’éventuelles dispositions testamentaires en leur faveur à l’occasion de soins dispensés à une personne, pendant une maladie conduisant au décès. De la même façon, les salariés d’un établissement ou

---

3. La notion de *personne vulnérable*, née de l’évolution récente du droit français, a été créée afin de mieux protéger les personnes les plus exposées aux agressions de notre société : agressions sexuelles (très souvent), physiques ou morales (harcèlement, escroqueries, abus de confiance, etc. . .) de la part de leurs concitoyens. Très fréquemment également, ces agressions sont entachées de racisme, sexisme, homophobie. . . En droit, cette notion concerne le plus souvent les personnes mineures, handicapées ou (très) âgées. Mais il peut aussi s’agir de personnes maîtrisant mal la langue française. Jusqu’à une date récente, les personnes âgées et les personnes handicapées n’étaient pas ou peu protégées par la loi, contrairement aux mineurs dont la vulnérabilité est présumée. Au concept de personnes vulnérables s’ajoute, pour les personnes âgées, la notion de « capacité à donner un consentement éclairé » ou « à faire preuve d’un jugement éclairé » (pour prendre un crédit, pour subir une opération, . . .). source : Wikipédia

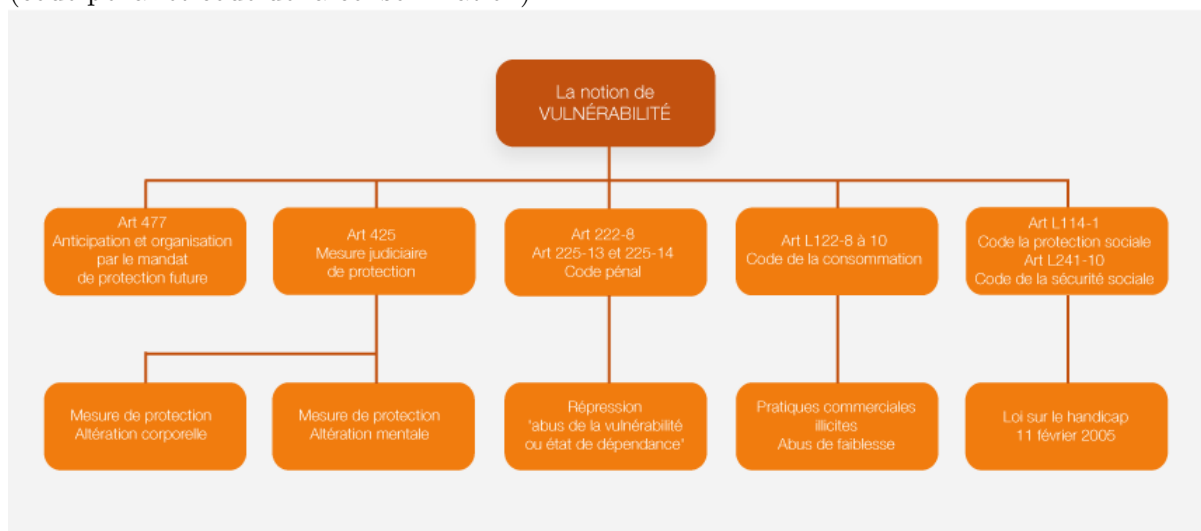


l'établissement ne peuvent profiter de libéralités de leurs pensionnaires (Article L.331-4 du code de l'action sociale et de la famille).

- l'article 911 stipule enfin que toute libéralité faite en faveur d'une personne frappée d'incapacité à recevoir à titre gratuit est nulle, y compris lorsqu'elle se réalise par personne physique interposée les père et mère, les enfants et descendants, ainsi que l'époux de la personne incapable ou morale, y compris lorsqu'elle prend la forme d'un contrat onéreux.

Par ailleurs, le droit au logement de la personne âgée est encadré par l'article 426 du code civil et le choix de résidence d'une personne est préserver par l'article 459-2.

FIGURE 6.1 – Le droit français organise la protection judiciaire et contractuelle de la vulnérabilité (code civil, réforme du 5 mars 2007) et sanctionne les abus sur les personnes vulnérables (code pénal et code de la consommation)



Source : Le portail des personnes protégées, Caisse des dépôts et consignations, [www.cdc-net.com](http://www.cdc-net.com)

### 6.2.2 Le droit à la consommation

La protection offerte par le droit de la consommation n'est pas spécifique aux personnes âgées, mais s'applique à tous les consommateurs et cherche à limiter les pratiques déloyales des entreprises. La loi a été rénovée par la directive européenne du 11 mai 2005, transposée dans le droit français par la loi CHATEL du 3 janvier 2008. Elle vise à réprimer :

- l'abus de faiblesse ;
- les ventes à distance et le téléachat ;
- les pratiques déloyales : trompeuses ou agressives.

**L'abus de faiblesse** C'est une pratique commerciale qui consiste à solliciter le consommateur pour lui faire signer un contrat (souvent lors de démarchages à domicile), en abusant de sa situation de faiblesse ou d'ignorance : âge avancé, état de santé fragile, etc. . . Les personnes en situation de faiblesse sont celles qui ne peuvent mesurer la portée de leur engagement, notamment en raison des moyens utilisés pour les convaincre. Le délit d'abus de faiblesse a été étendu à d'autres situations que le démarchage à domicile (art. L 122-9 et suivants du code de la consommation). On notera que l'abus de faiblesse peut relever de situations temporaires où le consommateur est vulnérable, par ex. dans les cas d'urgence.

La difficulté est qu'il faut démontrer « l'état de faiblesse, d'ignorance ou de crédibilité de la victime ». Notamment, l'engagement doit avoir été obtenu dans l'une des circonstances suivantes :

1. **la visite à domicile** lors d'un démarchage ou à la demande du consommateur. Ce dernier a la possibilité de changer d'avis pendant **7 jours** en utilisant le bordereau de rétractation qui doit être joint au contrat ou par lettre recommandée avec accusé de réception. En outre, quelques précautions s'imposent lors de la visite :
  - demander les coordonnées du vendeur (contact en cas de litige) ;
  - ne jamais verser d'argent, remettre un chèque ou une autorisation de prélèvement ou accepter la réalisation de la prestation, tant que le délai de rétractation n'est pas écoulé ;
  - ne jamais antidater le contrat proposé ;
  - lire attentivement le contrat, notamment faire figurer la mention du domicile comme lieu de vente.
2. **le démarchage par téléphone, la vente à distance** La transaction doit obligatoirement se conclure par un contrat écrit et signé par le consommateur. Les règles obligent le vendeur à informer ce dernier afin qu'il s'engage en toute connaissance de cause. Doivent apparaître son identité et ses coordonnées, les conditions générales de vente, les caractéristiques du bien ou du service (prix, délai de livraison ou de mise en service, etc. . .). Le consommateur dispose d'un délai de rétractation de **7 jours francs** pour changer d'avis, y compris pour les produits soldés, d'occasion ou déstockés <sup>4</sup>
3. **à la suite de situations telles qu'une offre sous forme de sollicitations personnalisées** à se rendre sur un lieu de vente, assortie de cadeaux, à l'occasion de réunions ou d'excursions organisées par l'auteur de l'abus de faiblesse ou à son profit, lorsque la transaction a été faite dans des lieux tels que les foires et les salons ou enfin lorsque la transaction a été conclue dans une situation d'urgence, sauf si le consommateur avait la possibilité de consulter préalablement une personne qualifiée.

**Les pratiques commerciales déloyales : trompeuses ou agressives** Une pratique commerciale est déloyale lorsqu'elle est contraire aux exigences de la diligence professionnelle et qu'elle altère ou est susceptible d'altérer le comportement du consommateur, normalement informé et raisonnablement attentif et avisé à l'égard d'un bien ou d'un service. Le caractère déloyal est apprécié lorsqu'il s'applique à une catégorie de consommateurs vulnérables au regard de la capacité moyenne de discernement de la catégorie ou du groupe (loi du 4 août 2008). On distingue :

**Les pratiques trompeuses** qui véhiculent des éléments faux ou vrais mais qui sont susceptibles de conduire le consommateur moyen à l'erreur. Elles sont commises dans les circonstances suivantes :

- quand elles créent une confusion avec un autre bien ou service, avec la marque ou le nom commercial d'un concurrent ;
- quand elles reposent sur les allégations fausses (le prix, la disponibilité ou la nature du bien, les qualités du bien, le service après-vente, la nécessité d'un service, d'une pièce détachée, d'un remplacement ou d'une réparation, la portée des engagements du vendeur, etc. . .) ;

---

4. Certains biens ou services sont exclus de cette disposition : les biens à façon, les biens non réexpédiables par nature, les journaux et périodiques, les biens de consommation courante, les prestations de services d'hébergement, de transport, de restauration et de loisirs, etc. . .

- lorsque la personne pour le compte de laquelle, elle est mise en œuvre n'est pas identifiable.

**Les omissions trompeuses** d'informations substantielles sur les caractéristiques principales du produit, l'identité et les coordonnées du professionnel, le prix et les frais de livraison, les modalités de paiement, de livraison, d'exécution etc... qui diffèrent de la façon dont elles sont habituellement pratiquées dans le secteur ;

**Les pratiques agressives** sont qualifiées ainsi, si en raison de sollicitations incessantes et répétées ou de contraintes physiques ou morales :

- le destinataire voit sa liberté de choix altérée ;
- son consentement est vicié ;
- l'exercice de ses droits contractuels en tant que consommateur est entravé.

Les pratiques réputées agressives reprises dans le code de la consommation retiennent entre autres :

- le fait de donner au consommateur l'impression qu'il ne pourra quitter les lieux avant la conclusion d'un contrat ;
- le fait de solliciter de façon répétée et non souhaitée par téléphone, mail, etc...

Pour qualifier une pratique d'agressive, il est nécessaire de tenir compte :

- du moment et de l'endroit ;
- de la nature et de persistance de la pratique ;
- du recours ou non à la menace physique ou verbale ;
- de l'exploitation en connaissance de cause d'un fait d'une gravité propre à altérer le jugement du consommateur dans le but de l'influencer dans sa décision à l'égard du produit ;
- de tout obstacle non contractuel important ou disproportionné imposé par le professionnel lorsque le consommateur souhaite faire valoir ses droits contractuels, notamment quand il veut changer de fournisseur, mettre fin au contrat, etc... ;
- de toute menace d'action alors que cette action n'est pas légalement possible.

### 6.2.3 Le droit pénal

La condition de vulnérabilité de la personne constitue « une situation aggravante » de nombreux délits, c'est-à-dire que les sanctions se trouvent aggravées, si elles sont commises sur une personne dont la vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse est apparent. L'auteur de l'infraction doit connaître l'état de sa victime. On voit comme le remarque la chercheuse Clémence LACOUR, que « le but est [...] de réprimer un état dangereux chez le délinquant, non de protéger la personne contre sa propre vulnérabilité » (Lacour, 2009a).

Le nombre d'infractions qui peuvent se voir *aggravées* par la circonstance de vulnérabilité à été élargi. Par ex. se sont rajoutés dans le champ des infractions contre les personnes, les actes de torture et de barbarie, l'empoisonnement et l'administration de substances nuisibles. Dans le champ des infractions contre les biens, le vol, l'extorsion, l'escroquerie, l'abus de confiance, etc...

Le droit pénal intervient également lorsque la vulnérabilité de la personne est un élément préalable de certaines infractions. C'est le cas dont relève « l'abus frauduleux de faiblesse ou d'ignorance » lorsqu'il est commis par d'autres personnes que des professionnels ou en présence d'actes tels qu'un refus de soins de la part d'un soignant, qui désire se faire attribuer une donation testamentaire. Plus précisément, depuis 2005, l'obtention d'un testament qui est liée

au préjudice moral de l'atteinte à la liberté de consentir (aucun effet sur le patrimoine) peut constituer un abus de faiblesse. Le délaissement est sanctionné, mais s'il est caractérisé par un acte positif de l'auteur qui marque sa volonté d'abandonner la victime. L'abus frauduleux de faiblesse a été étendu aux dérives sectaires.

#### 6.2.4 Pour conclure...

La question de la sécurité et de la vulnérabilité de la personne âgée concernant la maltraitance financière est bien prise en compte par la loi, mais les textes sont nombreux et dispersés, ainsi que le note Livia CARVALHO, dans son mémoire d'études (Carvalho, 2011). Cela ne facilite pas la diffusion des informations auprès de l'entourage de la personne (famille, équipe des professionnels, mandataires éventuels, médecins, etc...).

La problématique de la maltraitance financière se heurte ensuite à :

- l'immunité familiale (code pénal) qui empêche toute poursuite dans certains cas, tels que l'atteinte au patrimoine et la non dénonciation de crime et le recel de criminel ;
- la difficulté de la preuve ;
- les limites liées au lieu du domicile où se déroulent souvent les actes d'exploitation financière ;
- les limites liées aux personnes, c'est-à-dire les personnes âgées elles-mêmes, les aidants familiaux, les professionnels, etc. Selon leurs relations, elles éprouveront des difficultés à signaler des cas de maltraitements dont elles sont témoins.

Encore une fois, les actions d'information sont les mieux à même de prévenir les situations à risques. En outre, il existe depuis peu des possibilités de se prémunir, telles que le mandat de protection future, qui devraient permettre plus d'autonomie.

## 6.3 Choisir sa protection future

### 6.3.1 Les principes et fonctionnement

La maladie et le handicap peuvent altérer les capacités physiques et mentales d'une personne au point où elle ne peut plus défendre ses propres intérêts. Depuis la loi du 3 janvier 1968, il existe trois régimes généraux de protection par ordre de pouvoir donné à la personne chargée de la protection et inversement par ordre du degré d'atteinte à la capacité d'exercice de la personne protégée :

1. **La sauvegarde de justice.** Il s'agit d'une mesure temporaire, d'un an renouvelable une fois. Elle intervient :
  - (a) quand la personne souffre d'un coma ou de traumatismes crâniens ;
  - (b) pour les personnes durablement atteintes ayant besoin d'une *protection immédiate*<sup>5</sup> dans l'attente d'une mesure plus protectrice ;
  - (c) ou pour les personnes qui ont besoin d'être ponctuellement représentées lors de certains actes (vente immobilière par exemple).
2. **la curatelle** est une mesure judiciaire d'assistance destinée à protéger une personne majeure qui a besoin d'être conseillée ou d'être contrôlée de manière continue dans les actes importants de la vie civile. Le majeur protégé reste le principal moteur des actes réalisés. Mais la double signature du majeur protégé et du curateur est imposée pour la réalisation des actes importants, ce régime permet d'éviter tout dérapage ou influence malhonnête. Il existe différents niveaux de curatelle :

5. La sauvegarde permet de contester les actes contraires aux intérêts de la personne qui auraient lieu pendant la sauvegarde en les annulant ou en les corrigeant.

- (a) simple, où la personne assume les actes de gestion courante (par ex. la gestion de son compte bancaire) mais est assistée pour les événements les plus importants (par ex. souscrire un prêt) ;
- (b) renforcée, où le curateur gère les entrées et les sorties du compte bancaire ;
- (c) aménagée, où le juge énumère les actes autorisés.

La curatelle est limitée à cinq ans et est systématiquement réexaminée. Elle doit donner lieu à une collaboration entre le majeur et son curateur en raison du suivi nécessaire des comptes. La curatelle renforcée permet souvent de retarder la demande d'une tutelle, qui est un régime plus lourd.

3. **enfin la tutelle** (des majeurs). Elle a pour effet de protéger une personne majeure et/ou une partie de son patrimoine lorsqu'elle ne peut plus se représenter elle-même dans les actes de la vie civile, du fait de l'altération de ses facultés mentales ou quand les difficultés physiques l'empêchent d'exprimer sa volonté. Le juge peut énumérer, à tout moment, les actes que la personne peut faire seule ou non, au cas par cas. Par exemple, la personne peut décider seule tous les faits relatifs à sa personne, tels que ses déplacements, son lieu de résidence ou la fréquentation de ses amis. En revanche en cas de danger, le tuteur peut prendre des mesures de protection, dont il informe le juge. En ce qui concerne le patrimoine, le tuteur représente son protégé : il est seul, dans les actes d'administration, il doit obtenir l'autorisation du juge, pour les actes de disposition<sup>6</sup> ;

Depuis la réforme des tutelles de 2007 (entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2009) les mesures de protection doivent être appliquées avec précaution dans le but d'une part, d'établir une frontière plus étanche entre les systèmes d'aide et d'actions sociales<sup>7</sup> et les mesures de protection juridiques et d'autre part, pour garantir « *le respect de la liberté individuelle du majeur protégé [...] par l'individualisation de la mesure en fonction de son degré d'incapacité et par le respect de sa volonté [...] ainsi que de sa dignité*<sup>8</sup> ». Intrinsèquement réductrices de liberté, ces mesures font obligatoirement appel à un jugement et doivent être « *nécessaires, proportionnées et individualisées* », fixant l'attention des juges sur le droit, l'autonomie et la participation des personnes à protéger, en promouvant la personne elle-même et non plus ses biens. C'est pourquoi leur mise en œuvre nécessite la constitution d'un dossier à déposer auprès du juge des tutelles du lieu de résidence de la personne à protéger, comprenant un certificat médical établi par un médecin inscrit sur une liste établie par le procureur de la République, l'identité de la personne, l'énoncé des faits justifiant le recours à la protection.

Sauf si elle porte préjudice à la santé de la personne majeure ou si cette dernière est hors d'état d'exprimer sa volonté, une audition est organisée entre le juge des tutelles et l'adulte à protéger, qui peut, sur autorisation, être accompagné de son avocat ou toute autre personne de son choix. Enfin, innovation de la réforme de 2007, les mesures sont révisables par période de cinq ans maximum.

Ces procédures ont lieu à l'initiative de la personne elle-même ou de la personne avec qui elle vit en couple, de la famille ou des proches entretenant des relations étroites et stables,

6. L'acte conservatoire est un acte qui permet de sauvegarder le patrimoine ou de soustraire un bien à un péril imminent ou à une dépréciation inévitable sans compromettre aucune prérogative du propriétaire. L'acte d'administration est un acte d'exploitation dénué de risque anormal ou de mise en valeur du patrimoine de la personne protégée. L'acte de disposition est un acte qui engage le patrimoine, pour le présent ou pour l'avenir, par une modification importante de son contenu, une dépréciation significative de sa valeur en capital ou une altération durable des prérogatives de son titulaire.

7. qui renvoient à la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) et à la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ). Ces mesures d'accompagnement sont destinées à aider des personnes majeures dont les facultés ne sont pas altérées, mais qui sont en grande difficulté sociale et perçoivent des prestations sociales.

8. Rapport du groupe de travail interministériel sur le dispositif de protection des majeurs, J. FAVARD, Documentation française, avril 2000.

du tiers qui exerce déjà une mesure de protection judiciaire, du procureur de la République (à sa demande ou à la demande d'un tiers).

Après étude du dossier, après l'audition et éventuellement après enquête, le juge nomme un ou plusieurs tuteurs/curateurs. Une priorité est donnée aux proches de la personne à protéger (le mandataire désigné par la personne dans le cadre du mandat de protection future cf. la sous-section 6.3.2, le conjoint ou partenaire du PACS ou concubin, un parent, un allié ou un proche). En cas d'impossibilité, un professionnel « mandataire judiciaire à la protection des majeurs », inscrit sur une liste mise à jour par le Préfet est nommé. En effet, la loi du 5 mars 2007 donne un rôle prépondérant à la famille en rappelant que « la protection d'une personne vulnérable est d'abord un devoir des familles, et subsidiairement une charge confiée à la collectivité publique ».

Le juge peut nommer des tuteurs/curateurs chargés soit de la personne, soit du patrimoine ou une partie du patrimoine. En cas de conflits, il peut nommer un subrogé tuteur/curateur pour surveiller le tuteur voire pour le remplacer, ou nommer un tuteur *ad hoc* pour régler un conflit ponctuel entre tuteur et personne protégée. Le tuteur/curateur rend compte de son mandat à la personne protégée et au juge.

La réforme de 2007 exprimait de la part du législateur une volonté de mieux tenir compte des personnes sous tutelle, mais ses principes sont, semble-t-il, difficiles à mettre en application du fait d'un manque de moyens en général de l'appareil judiciaire chargé de prendre en charge un champ d'application plus étendu et des procédures alourdies, telles que les auditions et les interventions concernant la vie du majeur et plus seulement son patrimoine (voir « La réforme des régimes de protection des majeurs, le regard d'un juge des tutelles », S. KASS-DANNO, annexe VII dans (Koskas et al., 2011)). Le rapport de la Cour des comptes (Cour des comptes, 2011), deux ans après la réforme rappelle que les ressources nécessaires n'ont pas été correctement évaluées. Par exemple, la faiblesse de la rémunération des médecins experts, notamment psychiatres inscrits sur les listes, peut expliquer en partie leur pénurie selon les départements. En particulier pour les personnes âgées, on peut noter :

- qu'il n'y a pas de stratégie nationale du vieillissement des personnes âgées sous tutelle ;
- que le législateur n'a pas pris en compte la notion de capacités dans le recueillement de la parole de la personne, cf. la difficulté de communiquer avec les personnes atteintes d'Alzheimer ;
- il devrait être installé des instances d'information et de soutien des tuteurs/curateurs familiaux (décret 2008-1507 du 30 décembre 2008), mais toutes les juridictions ne sont pas encore pourvues de la liste des organismes ou des personnes délivrant cette aide. Le manque de formation structurée est flagrant parmi les mandataires familiaux, qui n'ont pas de référent juridique dans la gestion de leur mandat au quotidien. On note l'insuffisante connaissance des dispositions de la loi de 2007 à la fois du grand public et des personnes susceptibles d'en bénéficier, de leur entourage et des professionnels (Koskas et al., 2011) ;
- l'environnement en institution est peu favorable à la prise en compte de l'autonomie des personnes cf. difficulté de voter lorsqu'on est en EHPAD ;
- dans les institutions, la clef de la mise en application de la loi de 2007 est la collaboration des équipes autour du projet de vie personnalisé élaboré collégalement. Or il existe souvent des divergences entre les missions des personnes aidantes et le personnel de l'EHPAD qui priorise la préservation de la qualité de vie. Les mandataires judiciaires n'ont pas assez de disponibilité pour collaborer avec les autres intervenants médicaux auprès de la personne âgée, dans le cadre par exemple de l'élaboration d'un document unique ou d'une convention de partenariat.

### 6.3.2 Le mandat de protection future

Le mandat de protection future est une innovation importante de la loi de 2007. Il permet à toute personne de désigner par un contrat (disposition de caractère très souple) un ou des tiers de confiance pour la représenter en cas d'incapacité future. Il est limité aux actes liés à la personne, par exemple le consentement aux soins, le choix du lieu de vie, etc. . . et/ou aux biens, partiellement ou en totalité (Mercat-Bruns, 2007). Il permet d'éviter le recours à une mesure judiciaire de curatelle ou de tutelle.

La procédure nécessite d'écrire un mandat, qui est un contrat dont le contenu est librement déterminé par la personne. Si le mandat est notarié, il autorise le mandataire à disposer du patrimoine du mandant (par ex. décider d'un placement financier ou la vente d'un bien immobilier). Le mandataire doit rendre des comptes au notaire. Si le mandat est sous seing privé, la gestion des biens est limitée aux actes de gestion courante du patrimoine. Certains actes de gestion sont interdits tels que la signature d'un bail à long terme.

Le mandat s'exerce en principe à titre gratuit, mais le mandant peut prévoir une rémunération ou une indemnisation du mandataire. Une fois signé par les deux contractants (et éventuellement contre-signé par un avocat), il peut être enregistré par le Centre des impôts, qui attribue une date certaine à son établissement. Jusqu'à la date d'effet du mandat, le mandant peut le modifier, l'annuler et le mandataire peut renoncer à sa mission.

Un certificat médical établi par un médecin, inscrit sur une liste tenue par le procureur de la République, est ensuite nécessaire pour constater l'altération des capacités de la personne à prendre soin d'elle-même et de ses biens. Le mandataire déclenche la mise en œuvre du mandat en le faisant viser par le greffe du tribunal d'instance. Le mandat fonctionne comme une procuration qui permet au mandataire de représenter la personne âgée et de s'occuper de ses intérêts. Une fois mis en application, le mandat ne peut plus être révoqué.

Des possibilités de contrôle sont prévues. D'une part dans le mandat, la personne peut nommer un tiers chargé de contrôler les actes du mandataire. D'autre part, si un conflit apparaît, elle (c'est-à-dire la personne protégée ou tout intéressé proche) peut saisir le juge des tutelles qui, en tant que garant des libertés individuelles et du respect des droits des personnes vulnérables, a le pouvoir de révoquer, contrôler, compléter le mandat par d'autres mesures. A l'inverse, cette saisine est ouverte également au mandataire dans l'intérêt du mandant.

Malgré les possibilités de contrôle, le mandat de protection future paraît poser des problèmes : en l'absence notamment de validation *a priori* du contenu du contrat par le juge.

### 6.3.3 Entre l'autonomie et la protection

La mise en œuvre du mandat de protection future montre bien qu'il existe des moyens (procuration sur le compte bancaire, etc. . .) pour protéger la personne vulnérable sans avoir recours à des mesures privatives de liberté (Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, 2011). En effet, l'altération des facultés d'une personne ne nécessite pas forcément une mesure de protection juridique, qui va engendrer des contraintes parfois inutiles.

Par ailleurs, on constate que la question de la mise sous tutelle se pose souvent pour les personnes âgées lors de leur entrée en maison de retraite, alors qu'elle n'a plus vraiment lieu d'être. Les risques d'abus (pression sectaire, exploitation familiale, escroquerie aux assurances, à la consommation) sont plus fréquents quand la personne habite encore à son domicile et sont relativement limités en institution (Koskas et al., 2011). En effet, c'est souvent à leur domicile que les personnes âgées ont besoin d'être protégées, contre des vendeurs peu scrupuleux, voir la sous section 6.1.3.

« La personne est alors vulnérable. La vulnérabilité de la personne prend la forme d'une

*fragilité psychologique, d'une suggestibilité qui l'expose dans sa vie civile à des atteintes abusives à son consentement et qui peut la rendre inapte à prendre les décisions personnelles que sa santé ou sa sécurité requièrent (actes médicaux, choix du lieux de vie) » (Lacour, 2009b).*

### **La procuration bancaire**

Donner une procuration bancaire à l'un de ses proches de confiance, temporairement ou définitivement, permet à ce dernier d'assurer la gestion courante des opérations bancaires, telles que les retraits d'espèces ou la signature de chèques, d'effectuer des virements, de donner des ordres de placement, de résilier ou modifier des produits ou services financiers, lorsque la personne ne peut plus se déplacer. Il ne peut déléguer ses pouvoirs à autrui.

Les conditions de mise en œuvre de la procuration sont fixées par la banque. Elle doit faire l'objet d'un document écrit. On peut la modifier au bénéfice d'une autre personne ou la résilier dans les conditions prévues par l'établissement bancaire.

### **L'habilitation par le juge à agir au nom du conjoint**

Au delà de la procuration bancaire, un conjoint peut gérer le patrimoine (revenus, dépenses, placements financiers et biens immobiliers) de son époux ou épouse, lorsqu'il ou elle ne semble plus être en mesure de le gérer, en raison de ses facultés réduites.

L'habilitation est une demande à adresser par courrier au juge du tribunal d'instance du domicile pour prendre au nom du conjoint des décisions. Le courrier doit être accompagné de tous les éléments qui permettent d'établir l'impossibilité pour le conjoint de manifester sa volonté ou d'un certificat médical, si l'impossibilité est d'ordre médical.

Après instruction et, sauf avis médical contraire, audition du conjoint, le juge des tutelles accordera ou non l'habilitation à agir au nom du conjoint. L'habilitation est gratuite, à l'exception du certificat médical. Elle est publiée en marge de l'acte de mariage.

### **La personne de confiance**

Article L. 1111-6 du Code de la santé publique

La personne de confiance, désignée parmi les proches (conjoint, enfants, médecin traitant, etc...), aide la personne âgée lors de son entrée en institution ou à l'hôpital, à exprimer sa volonté pour tout ce qui concerne les soins reçus. Elle accompagne la personne dans les démarches qui concernent ses soins et assiste aux entretiens médicaux pour éventuellement l'aider à prendre des décisions en matière de santé, par exemple, pour le choix d'un traitement, des examens médicaux ou l'opportunité d'une opération.

Si, au cours du séjour dans l'établissement, et pour des raisons de santé, la personne est dans l'impossibilité de faire connaître ses décisions, l'équipe soignante consultera en priorité la personne de confiance désignée. Son avis guidera le médecin pour prendre la décision qui lui revient. La personne de confiance peut également conserver « les directives anticipées » (cf. paragraphe qui suit) grâce au mandat de protection future, ou être désignée en amont pour être le tuteur ou curateur.

Cependant, elle ne peut accéder au dossier médical, que sur procuration. Et certaines informations, précisées par la personne, peuvent lui être inaccessibles quelles que soient les circonstances.

La procédure de désignation de la personne de confiance est gratuite et cette dernière exerce gratuitement ses fonctions. La désignation doit se faire par écrit, daté, signé. Le document comporte les noms, prénoms, date et lieu de naissance, ainsi que les noms, prénoms et coordonnées de la personne de confiance. Il est possible de changer d'avis à tout moment par écrit (annulation ou remplacement de la personne de confiance par une autre). Le document



peut être conservé par la personne âgée, par la personne de confiance ou le médecin traitant. Dans tous les cas, ce dernier doit être tenu informé de l'identité de la personne de confiance et de ses coordonnées et doit pouvoir joindre la personne qui conserve le document. Toutes les informations fournies à propos de la personne de confiance seront conservées dans le dossier médical.

La désignation de la personne de confiance se fait au moment de l'admission ou avant ou au cours du séjour dans l'établissement ou lors d'une hospitalisation. Elle reste valable durant la durée du séjour (à préciser par écrit) ou jusqu'à révocation par la personne âgée.

### Les directives anticipées

Articles L. 1111-11 à L. 1111-13 du Code de la santé publique

Les directives anticipées concernent les souhaits de la personne en fin de vie, lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale, et qu'elle n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté. Elles permettent de communiquer au personnel médical, la volonté du patient quant à la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours.

Le médecin doit tenir compte des directives anticipées y compris contre l'avis de la personne de confiance (cf. plus haut). Cependant, il reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les directives, compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales.

Les directives anticipées sont écrites sur un document qui doit comporter l'identité de la personne, ainsi que la date et son lieu de naissance. Le document sera ensuite conservé par la personne elle-même ou confié au tiers de confiance, à la famille ou au médecin traitant, qui le joindra au dossier médical accompagné éventuellement d'une attestation stipulant que la personne était en état d'exprimer sa volonté.

Les directives sont valables trois ans. Elles peuvent être prolongées, modifiées ou annulées par écrit à tout moment.

## 6.4 Conclusion

La prévention et la formation en direction des professionnels, des personnes âgées et du grand public souffrent de la dispersion des acteurs en l'absence d'un corpus clairement défini par les pouvoirs publics sur ces questions autour de la sécurité physique, morale et financière de nos aînés.

En tout état de cause, outre une nécessaire augmentation de moyens (formation des professionnels et du public, amélioration de l'appareil judiciaire et médico-social, etc...), faut-il pour autant demander la mise en œuvre d'un droit spécifique aux personnes âgées ?

On reste partagé sur cette question, si on suit le raisonnement de Catherine PHILIPPE maître de conférences en droit privé, dans son article récent « Un droit pour les seniors ? » (Philippe, 2012). Elle souligne en premier lieu la difficulté de cerner dans la catégorie des seniors, qui auraient réellement besoin d'une protection et qui du même âge par leurs références culturelles ou leurs moyens financiers peuvent se passer d'une protection inutile. L'auteure parle même de danger à figer une catégorie de personnes sur le critère de l'âge par rapport à une norme majoritaire. Cela conduit à créer de la discrimination positive (ou négative) et aboutit à inférioriser cette catégorie, voir le chapitre 8.1. Il y a également un effet sur la persistance des inégalités, alors que les habitudes des seniors changent rapidement.

Cependant ne pas changer la loi n'implique pas l'inaction. Beaucoup reste à faire en direction des jeunes générations et des actifs pour montrer que les personnes âgées ne sont ni exclues, ni victimes et que des dispositifs existent, par un meilleur accès au droit, une meilleure diffusion de l'information sur le quotidien de ces âges, qui est peu connu. Beaucoup reste

à faire pour redonner aux personnes âgées la possibilité de choisir leur avenir. Mieux vaut la mise en œuvre d'actions de prévention et de formation, permettant le changement des mentalités et permettant également aux seniors et futurs seniors de prendre eux-mêmes des mesures pour préserver leur autonomie et leur liberté.

## Chapitre 7

# Patrimoine et revenus

**La situation financière des retraités, dont le taux de pauvreté a fortement diminué en moyenne, s'est globalement améliorée au cours des 30 dernières années.**

En effet, les jeunes retraités ont des capacités financières proches de celles des actifs. Cette amélioration est portée par des retraites de plus en plus complètes (conséquence des retraites complémentaires). Ses membres de 65 à 74 ans sont à 70 % propriétaires de leur logement et ont fini de le rembourser (source : INSEE 2005, les personnes âgées). Mais c'est une situation inédite dans l'histoire qui ne peut pas se prolonger.

Les prochaines générations de retraités seront hétérogènes, comportant des ménages bien dotés en patrimoine immobilier, ayant vécu une trajectoire de stabilité professionnelle et familiale et d'autres ménages aux carrières plus complexes avec des interruptions (montée du chômage et de la précarité), aux parcours résidentiels moins ascendants et marqués par l'instabilité familiale. **Il n'est pas exclu que l'on assiste dans le futur à une augmentation de la pauvreté parmi les personnes âgées.**

Toutefois, en 2009, le niveau de vie moyen des personnes âgées de 65 ans et plus, s'élevait à 22 350 € par an, avec un revenu médian annuel à 18 500 € et un plancher moyen de 677 € par mois pour une personne seule et 1 147 € pour un couple (minimum vieillesse) (Solard and Lelièvre, 2013). Cette moyenne et cette progression globale cachent des disparités individuelles. Il y a notamment un effet de rattrapage rapide des plus jeunes avec la persistance d'inégalités de genre, bien que la situation des femmes retraitées, qui ont bénéficié de carrières plus complètes, se soit renforcée (par rapport à leurs aînées).

Plusieurs phénomènes dans les revenus des ménages âgés sont observables :

- une augmentation des pensions qui a favorisé le bas de la distribution des revenus (le minimum vieillesse a beaucoup compensé la pauvreté) ;
- les revenus du patrimoine qui se sont accrus fortement sur le haut de la distribution ;
- les prestations sociales distribuées, dont la nature tourne principalement autour de l'allocation pour le logement et le minimum vieillesse.

Outre les inégalités de revenu par tranche d'âge, il existe des inégalités croissantes à l'intérieur d'une classe avec un rapport de 3,9 en 2009 (3,5 en 1996) entre les 20 % les plus aisés et les 20 % les plus pauvres (par exemple, en 2008, les femmes perçoivent des pensions en droit direct deux fois plus faibles que leur homologues masculins). La situation des femmes très âgées, isolées et qui disposent de droits propres et de pensions de réversion faibles, est signalée comme une priorité dans le cadre des inégalités entre les hommes et les femmes.

Individuellement, la retraite est le moment où on devrait faire le point sur ses ressources financières (qui changent de nature), ses dépenses (qui vont diminuer) voir le tableau 7.1, sur ses besoins (pour réaliser de nouveaux projets, comme un achat immobilier, un déménagement, par exemple au moment du passage à la retraite le ménage renouvelle ses équipements, une aide aux enfants...).

TABLE 7.1 – Age, revenu, niveau de vie, consommation et taux d'épargne des différentes catégories de ménages vivant à domicile

	Pour comparaison : moins de 50 ans	Seniors (plus de 50 ans)			
		Ménages de seniors actifs	Ménages de jeunes retraités	Retraités âgés en couple	Retraités âgés seuls
Age moyen	37 ans	55 ans	63 ans	77 ans	79 ans
Revenu disponible brut moyen	31 164 €	37 564 €	26 318 €	32 447 €	17 308 €
Niv. de vie moy. (1)	17 709 €	23 289 €	18 406 €	21 160 €	16 959 €
Consommation moy.	30 838 €	31 919 €	24 213 €	23 334 €	13 054 €
Tx d'épargne moyen	1.0%	15.0%	8.0%	28.1%	24.6%

(1) Niveau de vie moyen = pouvoir d'achat par unité de consommation

Source : INSEE, enquête budget des familles, 2006 - Calculs du CREDOC dans (Hebel and Lehuède, 2010)

Le quotidien, pendant la retraite, ne génère pas les mêmes besoins que durant la vie active (pas d'achat de vêtements professionnels, pas de dépenses d'éducation). Les obligations familiales se modifient (les enfants autonomes partent du foyer). La structure de la consommation change (plus de loisirs, de voyages, d'assurances, de services culturels et de services à domicile, l'alimentation évolue et intègre une part plus importante d'auto production, etc...), mais en tendance, elle diminue (Hebel and Lehuède, 2010). Au delà de la cinquantaine et à mesure de l'âge, chez les plus de 80 ans, la dépense diminue jusqu'à atteindre 15 252 €. L'épargne corrélativement augmente.

Toutefois, lors de la perte progressive d'autonomie, les dépenses s'accroissent et le coût de la prise en charge finit souvent par dépasser celui des pensions, en dépit des dispositifs de solidarité mis en place.

Ce moment de transition est aussi l'occasion de réfléchir à long terme sur la problématique de la succession pour organiser la protection de ses proches et le futur usage des biens laissés.

## 7.1 Patrimoine

La structuration du patrimoine des ménages retraités est conforme à celle de l'ensemble des ménages français, c'est-à-dire leur patrimoine immobilier et financier se concentre sur les déciles supérieurs. Entre 1996 et 2009, les revenus par unité de consommation des personnes âgées de plus de 65 ans situées dans le décile le plus élevé ont progressé de 8% par an en moyenne, de 5% chez les 75 ans et plus.

**Le patrimoine financier** est particulièrement diversifié chez les ménages dont la personne a plus de 65 ans (plus de la moitié est placée en assurance vie, plus de 30 % sur les valeurs mobilières et moins de 15 % sous forme de dépôts (Solard and Lelièvre, 2013)).

**Le patrimoine immobilier** est important. Les retraités actuels, nés avant la seconde guerre mondiale, ont bénéficié de conditions très favorables dans leur accession à la propriété : bonne conjoncture du marché du travail, carrières professionnelles plus complètes, politiques publiques favorisant l'accessibilité à la propriété, notamment en direction des zones périurbaines (développement des zones pavillonnaires), croissance des revenus fonciers pendant la dernière décennie. Ces générations sont peu nombreuses, ce qui explique actuellement leur statut majoritairement propriétaire (74% des 65 ans et plus sont propriétaires en 2009). Le patrimoine immobilier comprend la résidence principale et plus souvent que chez les autres ménages, la résidence secondaire.

Être propriétaire de sa résidence principale a un effet important sur le revenu (en terme loyers fictifs) et explique le moindre poids des allocations logements dans l'ensemble des revenus des retraités d'une part, mais d'autre part, un alourdissement de la fiscalité. L'augmentation de la part des impôts dans le niveau de vie des personnes âgées est passée de 9,4% à 13,5% en 2009, due entre autres à l'extension de l'assiette de la CSG et à la progression de son taux.

Avec 911 400 € en moyenne de patrimoine brut global (médian : 555 900 €), les ménages libéraux actifs font partie des ménages les mieux dotés en terme de patrimoine immobilier parmi toutes les catégories socio-professionnelles. Leur patrimoine financier moyen atteint 237 600 € (médian : 65 200 €), leur patrimoine immobilier moyen 453 400 € (médian : 354 000 €) et leur patrimoine professionnel 181 100 € (médian : 5 600 €) en 2010<sup>1</sup> (Chaput et al., 2011).

Ils sont suivis par les ménages d'agriculteurs (chez lesquels le patrimoine professionnel représente une part importante) soit 845 900 € de patrimoine brut global moyen, puis des artisans commerçants et industriels, avec 642 800 € et des cadres avec 415 300 €.

Ces inégalités de patrimoine perdurent au moment de la retraite car un ancien retraité indépendant émarge à 551 400 € de patrimoine moyen alors que l'ancien agriculteur sera à 260 900 € et l'ancien salarié à 254 600 €.

Il n'est pas étonnant que les ménages libéraux disposent d'un patrimoine élevé, du fait de la présence du patrimoine professionnel et de sa fongibilité fréquente avec le patrimoine personnel : par ex. le local professionnel qui peut servir de résidence principale, ou qui devient un placement immobilier. Nous avons souligné à plusieurs reprises **le choix de ce groupe professionnel pour de faibles retraites mutualisées, puisque la réalisation du patrimoine professionnel devait compenser leur insuffisance**. Le patrimoine professionnel d'une profession libérale et assimilée peut être élevé chez les professionnels de santé spécialistes et les professions juridiques : locaux professionnels, clientèle, charge de notaire... Chez les médecins libéraux, le capital professionnel est aussi important (notamment pour les métiers les plus techniques, par ex. les radiologues, les chirurgiens, les laboratoires, ...).

A l'opposé de ce segment, il existe des professions libérales des activités de services et de conseils dont l'exercice nécessite une part de capital financier moins notable par rapport au capital humain. Elles mettent en œuvre un capital intellectuel élevé, bien que non précisé par un diplôme en particulier. Ce segment est hétérogène en terme de niveau de patrimoine détenu, en raison des trajectoires professionnelles variées.

Les indépendants sont également plus âgés que les autres actifs, donc par un effet de structure mieux dotés. De plus, dans leur trajectoire d'accumulation, on note qu'ils bénéficient d'une transmission intergénérationnelle de patrimoine plus précoce, affectée à des fins professionnelles ou à des fins domestiques (par ex. aide au logement, caution) qui se révèlent être des voies facilitant l'indépendance professionnelle. En effet, le patrimoine des ménages indépendants de moins de 35 ans est plus élevé par rapport à ce que leur permettrait leur capacité d'accumulation du patrimoine privé, qui par ailleurs est plus ouvert.

Créer une entreprise nécessite des investissements qui sont élevés pour les professions libérales réglementées. Cette exigence en début de carrière libérale tient à ce que souvent, il existe des barrières à l'entrée d'une profession, comme des charges notariales, un diplôme obligatoire, et des droits d'installation pour les pharmaciens. Les barrières à l'entrée non financières créent souvent des rentes de situation qui se monnaient et renforcent l'importance des capitaux initiaux indispensables à l'installation professionnelle.

Par comparaison avec les salariés, les indépendants actifs ont un patrimoine plus impor-

1. Il s'agit du montant du patrimoine immobilier (respectivement professionnel), dont on n'a pas déduit les éventuels emprunts en cours liés à l'acquisition d'un bien immobilier (respectivement professionnel).

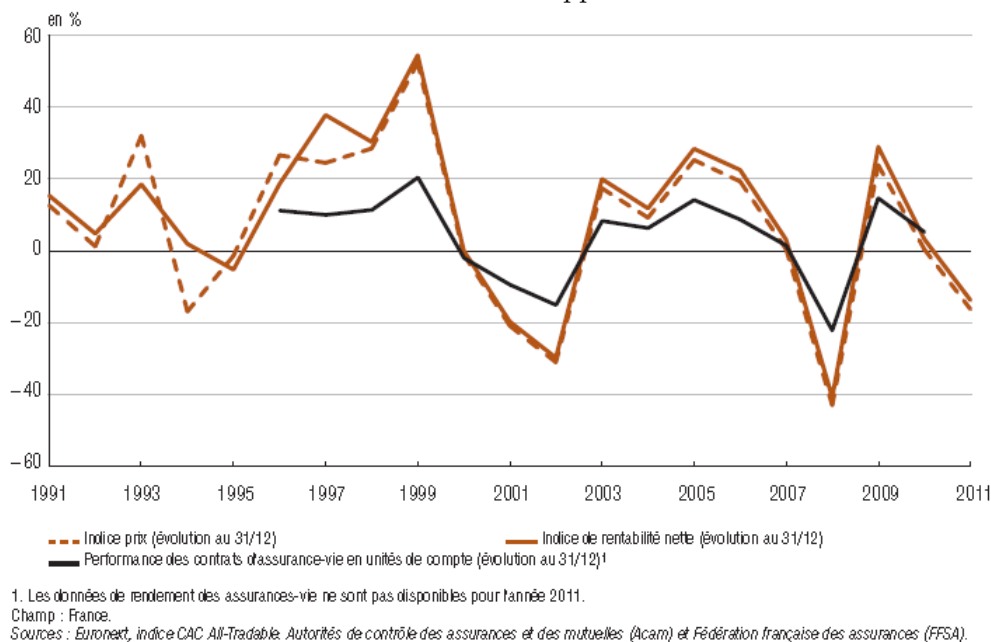
tant que ces derniers et plus stable. Mais au moment de la retraite, ce patrimoine observe une forte chute (Malpot and Missègue, 1996) lors du passage à l'inactivité.

Au delà de ces facteurs, on montre aussi que les ménages des indépendants épargnent d'avantage, en raison de la faiblesse des retraites et du risque maladie (en concordance avec la théorie du cycle de vie).

**Remarque** : les données présentées sur le patrimoine ne permettent pas d'estimer le niveau d'endettement professionnel qui est habituel chez les professions libérales, au moment de l'installation, mais aussi pour financer le développement de l'activité (Malpot and Missègue, 1996). Car 63,7% des ménages de profession libérale sont endettés. L'endettement moyen est de 229 000 €, l'endettement médian est de 136 000 € (INSEE, 2010).

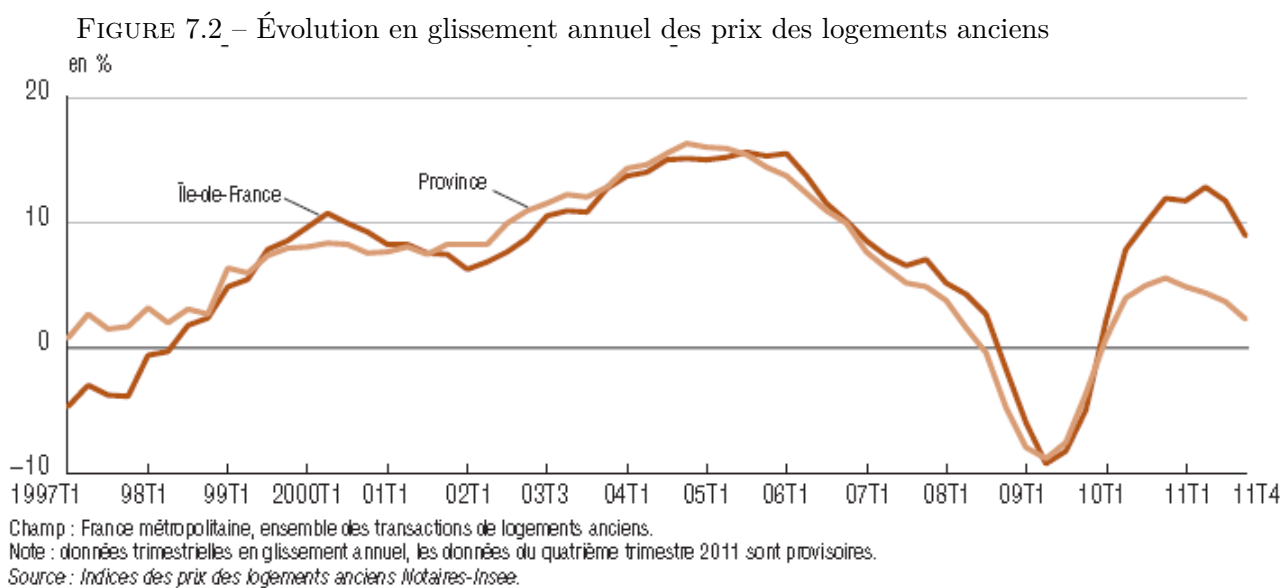
Le patrimoine joue un rôle important dans le niveau de vie des retraités des professions libérales, mais sa pérennité est moins assuré. Nous avons vu dans le chapitre 3.4, les difficultés que rencontraient certaines professions lors de la vente de leur cabinet. De plus, les performances actuelles des actifs financiers sont plus incertaines, par ex. l'assurance vie qui est un placement apprécié des professions libérales (70% des ménages possèdent des produits d'assurance vie, PEP/PERP, retraite et épargne contre 48,3% des ménages français) voit ses rendements diminuer depuis 1997, voir le graphique 7.1.

FIGURE 7.1 – Performance des actions côté et des supports d'assurance vie en unité de compte

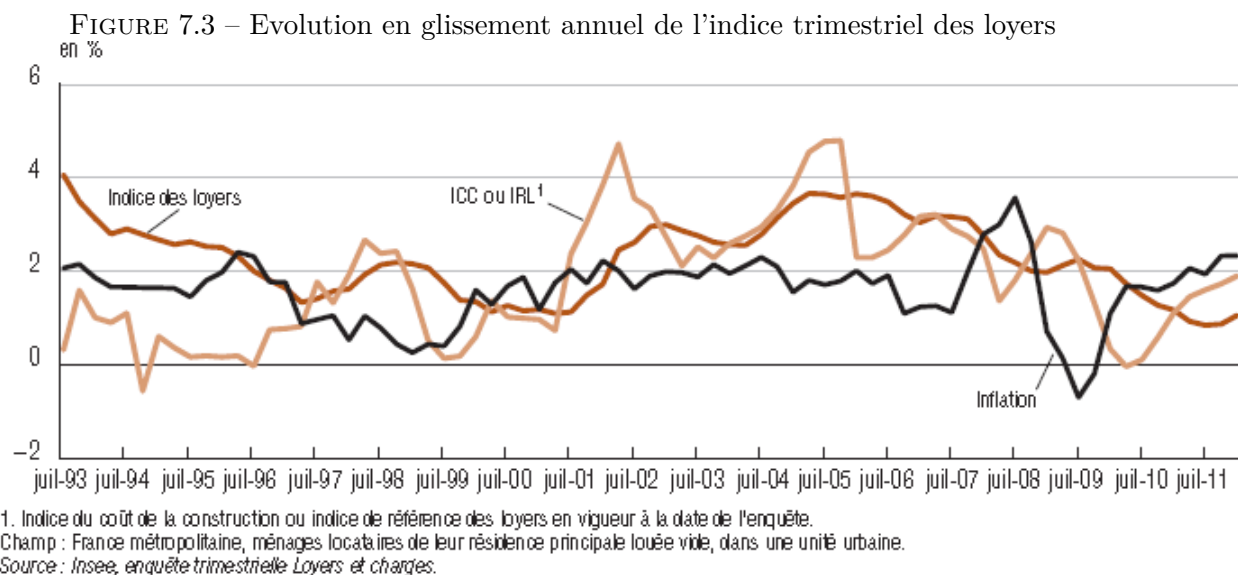


Source : Revenu du patrimoine, INSEE

Enfin, le prix des logements anciens a ralenti à partir du 1<sup>er</sup> trimestre 2000 puis a baissé, atteignant le creux au 1<sup>er</sup> trimestre 2009, avant de rebondir. On constate que les prix des biens en province ont décroché des prix de la capitale au 1<sup>er</sup>, voir les graphiques 7.2 et 7.3.



Source : Revenu du patrimoine, INSEE



Source : Revenu du patrimoine, INSEE

## 7.2 Fiscalité

Le départ à la retraite représente d'un point de vue de l'organisation des revenus un bouleversement. Il est donc nécessaire de préparer un budget intégrant les paramètres fiscaux afin de ne pas se trouver à court quand surviennent les dépenses nouvelles.

Les revenus des retraités ne relèvent pas d'un statut fiscal particulier et il n'existe pas de différence entre les retraités salariés et les retraités indépendants.

En revanche, les seniors bénéficient de dérogations fiscales et sociales, dont le coût varie entre 11 milliards d'€ selon le Conseil d'analyse stratégique (Gimbert and Godot, 2010) et 8,5 milliards d'€ selon la note de synthèse de la Chaire transitions démographiques et transitions économiques « Les transferts intergénérationnels en France, un état des lieux » (Lorenzi et al., 2012), dont nous reproduisons le tableau récapitulatif 7.2 ci-dessous .

TABLE 7.2 – Avantages fiscaux des seniors en 2010 (en millions d'€)

Catégorie d'impôts et taxes	Avantages fiscaux : abattement, exonération, réductions	Coût pour les finances publiques
Impôts sur le revenu	– Abattement de 10 % sur le montant des pensions compris entre un plancher de 368 € et un plafond de 3 606 €	2 670
	– Abattement spécifique de 1 138 € ou 2 276 € selon que le revenu est respectivement compris entre 14 010 € et 22 590 € ou n'excède pas 14 010 €	250
	– Les majorations de retraites dont bénéficient les personnes ayant eu trois enfants sont exonérées d'impôt sur le revenu	580
	– Les plus values de cession de biens immobiliers autres que la résidence principale pour les retraités dont le revenu fiscal est inférieur à 9 838 € sont exonérées d'IR	10
CSG	Taux inférieur de CSG pour les pensions (6,6% pour les retraités imposables, 3,8% pour les non imposables redevables de la taxe d'habitation (TH) et 0% pour les non imposables ne payant pas de TH, contre 7,5% pour les revenus d'activité	3 500
Taxe d'habitation (TH)	Exonération des personnes de plus de 60 ans dont le revenu fiscal est inférieur à 9 876 €	1 250
Taxe foncière	– Exonération des contribuables de plus de 75 ans si le revenu fiscal est inférieur à 9 876 €	70
	– Dégrèvement d'impôt de 100 € pour les contribuables entre 65 et 75 ans, si leur revenu fiscal est inférieur à 9 876 €	255
<b>Estimation globale des avantages fiscaux des seniors (soit 0,4% du PIB)</b>		<b>8 585</b>

Source : voir l'annexe 9, dans (Lorenzi et al., 2012)

D'autres avantages fiscaux sont consentis aux personnes selon leur situation pour compenser des dépenses supplémentaires, par ex. les avantages fiscaux pour les personnes handicapées, le crédit d'impôt pour l'emploi des personnes à domicile dans la résidence principale ou secondaire. Les aides de l'APA sont considérées comme des aides sociales, elles ne sont



pas soumises à l'impôt sur le revenu. Les personnes en EHPAD bénéficient d'une réduction d'impôts pour frais de dépendance et d'hébergement, aide de l'APA et aides sociales diverses déduites, égale à 20 % des dépenses sur un plafond de 10 000 €, soit 2 500 €.

Le projet de réforme des retraites envisage sur la question de la fiscalité de jouer sur le troisième alinéa du tableau récapitulatif. En d'autres termes, la majoration de pension de 10% pour les retraités ayant élevé trois enfants sera soumise à l'impôt sur le revenu. Par ailleurs, l'augmentation envisagée dans l'idée d'une équité de traitement avec les actifs, du taux de la CSG actuellement de 6,6 % sur les pensions (contre 7,5 %), n'a finalement pas été retenue par le projet de loi.

## 7.3 Pensions de retraite

### 7.3.1 Les Pensions de retraite : de base et complémentaire

En matière d'assurance vieillesse - invalidité - décès, les professionnels libéraux relèvent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), sauf pour les avocats affiliés à la Caisse nationale du barreau français (CNBF) et les agents commerciaux, exploitants d'auto-écoles et praticiens de sciences occultes ou parapsychologie affiliés au Régime social des indépendants (RSI).

En raison de trajectoires professionnelles individuelles moins homogènes, la plupart des retraités libéraux sont souvent des polypensionnés et perçoivent leurs pensions de plusieurs fonds, en général de la CNAV des travailleurs salariés et de l'une des sections professionnelles de la CNAVPL (de la CNB-avocats ou du RSI - agents commerciaux).

Si l'âge légal de départ à la retraite est fixé à 62 ans, il faut attendre 67 ans pour bénéficier d'une pension pleine. La pension peut être liquidée à taux réduit avant l'âge de départ requis, avec application d'un coefficient minorant d'anticipation, de 1,25 % par trimestre manquant, dans la limite de 20 trimestres (25 %), applicable au plus petit des nombres suivants :

- soit au nombre de trimestres manquants pour atteindre l'âge de départ à la retraite requis pour bénéficier d'une pension pleine ;
- soit au nombre de trimestres manquants pour atteindre la durée d'assurance nécessaire.

*A contrario*, les professionnels qui souhaitent bénéficier de leur pension après l'âge légal de départ à la retraite et de la durée d'assurance requise pour l'obtention d'une pension pleine, se voient appliquer un coefficient de majoration de 0,75 % par trimestre supplémentaire cotisé, au-delà de cet âge et de cette durée d'assurance à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Il suffit de justifier d'un trimestre d'assurance (soit une cotisation minimale de 164 € au 1<sup>er</sup> janvier 2012 pour un trimestre et un revenu de 800 X SMIC horaire soit 7 376 € pour valider quatre trimestres) pour prétendre à l'ouverture de droits à l'allocation de base. L'entrée en jouissance de l'allocation est fixée au premier jour du trimestre civil qui suit la demande de la liquidation des droits.

Depuis la réforme de 2003, le montant de la pension de base est une fonction :

- du nombre de points cotisés, lui-même déterminé par les revenus du professionnel ;
- de la valeur du point réévalué au 1<sup>er</sup> avril de chaque année ;
- de la durée d'assurance.

Les pensions de retraite des professionnels libéraux sont structurellement faibles, ce qui explique l'appétence de ces derniers pour l'épargne individuelle, afin de constituer leur propre retraite, dans une logique d'optimisation du niveau de consommation tout au long de la vie (théorie du cycle de vie). Ci-dessous, nous reportons les prestations moyennes annuelles servies en 2001 et 2011 ventilées selon les sections entre la caisse de base et les caisses complémentaires.

TABLE 7.3 – Pensions moyennes de base et complémentaire selon les sections de la CNAVPL

Année	Pension de base moy €		Pension compl. moy €		Pension totale moy €		Evolution 2001/2011
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	
CRN	4 604	5 755	24 943	29 216	29 547	34 971	18,4%
CAVOM	4 485	5 807	12 055	17 273	16 540	23 080	39,5%
CARMF	5 001	6 171	12 210	13 511	17 211	19 682	14,4%
CARCD/SF 2009	5 331	6 258	9 912	12 820	15 243	19 078	25,2%
CAVP	4 920	5 551	17 390	17 279	22 310	22 830	2,3%
CARPIMKO	3 230	4 392	3 284	4 336	6 514	8 728	34,0%
CARPV	5 120	6 184	13 732	15 763	18 852	21 947	16,4%
CAVAMAC	2 422	2 877	8 494	9 636	10 916	12 513	14,6%
CAVEC	4 564	5 723	11 661	13 650	16 225	19 373	19,4%
CIPAV	2 371	2 484	6 213	3 982	8 584	6 466	-24,7%
Tous titulaires	3 710	4 405	9 822	9 703	13 532	14 108	4,3%

Source : Recueil statistique, CNAVPL, 2002, 2012, calculs de l'auteur

TABLE 7.4 – Prestations Avantages sociaux vieillesse-professionnels de santé conventionnés

	Prestation moyenne en €		Évolution
	2001	2011	
CARMF	11 963	12 819	7.1%
CARCD	8 655	8 215	-5.1%
CARCD - SF	1 935	1 896	-2.0%
BIOLOGISTES	3 592	2 334	-35.0%
CARPIMKO	1 933	1 903	-1.5%
Toutes professions de santé	8 280	7 807	-5.7%

Source : Recueil statistique, CNAVPL, 2002, 2012, calculs de l'auteur

Pour les professions de santé conventionnées, il faut ajouter les avantages sociaux vieillesse (ASV) négociés dans le cadre conventionnel et auxquels abonde le régime général de l'assurance maladie.

Notons la faiblesse de la pension de base qui représente pour toutes les professions (sans intégrer les ASV) en 2011, 31% de la pension globale (en 2001, cette part n'était que de 27%). Notons également les écarts importants dans les pensions moyennes de certaines professions : les auxiliaires médicaux (hors ASV) et les pensionnés de la CIPAV, émargeant à moins de 10 000 € par an.

### 7.3.2 Conjoint collaborateur et allocation de réversion

#### Le Conjoint collaborateur

A rebours de ce que l'on pourrait attendre du taux d'activité des femmes en France, leur insertion réussie ces dernières années sur le marché du travail ne relègue pas au second plan la problématique des conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants, en particulier des professions libérales. Deux principales raisons à une résurgence potentielle :

- La crise de 2008 a fragilisé les positions des femmes sur le marché du travail. Ses effets ont d'abord affecté l'emploi des hommes dans l'industrie - *he-recession* -, créant à court

TABLE 7.5 – Les affiliés conjoints collaborateurs au 30-06-2012

Conjoints collaborateurs	Cotisants			Retraités	Age moyen à l'immatriculation	Age moyen à la liquidation
	Femmes	Hommes	Total			
CRN	26	8	34	19	40,00	65,00
CAVOM	24	5	29	19	27,60	63,30
CARMF	1 944	98	2 042	1052	50,89	64,88
CARCD-SF	319	14	333	104	50,50	64,00
CAVP	437	209	646	279	46,25	62,75
CARPIMKO	427	27	502	173	46,11	63,83
CARPV	56	3	59	7	45,94	61,13
CAVAMAC	332	10	342	341	43,40	63,70
CAVEC	113	4	117	58	52,90	64,40
CIPAV	936	128	1064	230	43,87	63,10
Ttes sections	4 614	554	5 168	2 282	47,63	64,15

Source : Recueil statistique 2012, CNAVPL

terme l'illusion d'un resserrement des inégalités par genre. Mais quelques études récentes ont démontré le contre-coup de la réduction des dépenses publiques sur la situation des femmes, dont les postes sont caractérisés par la ségrégation sectorielle (Gilles, 2012) –*she-austerity* – dans les secteurs financés directement ou indirectement par des fonds publics, principalement la santé, l'action sociale, l'éducation. Le phénomène pourrait persister, puisque la prolongation de la crise a engendré une fragilité des politiques de lutte contre les inégalités de genre au niveau européen, un recul des emplois publics de l'État et une déréglementation des marchés du travail qui précarisent les titulaires de contrats atypiques (contrats temporaires, à temps partiel, intérim) dans les services, cf. Actes du colloque « Economic Crises, Labour Markets and Gender », CEE, IRES et PRESAGE-OFCE (à paraître). Le contexte moins favorable au salariat dans ses formes classiques a pu permettre un repli des femmes sur l'entreprise du conjoint, d'autant qu'il existe depuis 2005 le statut du conjoint collaborateur.

- Enfin, on l'a vu dans le chapitre 2, l'entreprise libérale s'est rétrécie dans le même temps pour minimiser ses coûts, et elle est de moins en moins employeur. La place des femmes en tant que conjoint collaborateur peut être temporaire en attendant une éclaircie conjoncturelle. Mais si la crise se prolonge, peut-être observera-t-on une augmentation des conjoints collaborateurs, voire un rajeunissement de cette population du fait des difficultés d'insertion des jeunes.

### La pension de réversion

Lorsque le professionnel libéral décède, la CNAVPL prévoit le versement d'une partie de sa retraite sous forme de pension de réversion au conjoint survivant âgé de 55 ans au moins. Ouverte aux hommes et aux femmes, cette allocation représente 54% de la pension de l'assuré décédé (avant ou après son départ en retraite). Elle dépend des ressources du veuf ou de la veuve, ces dernières doivent être inférieures à 19 614 € en 2013 sur les 12 derniers mois pour une personne seule et à 31 383 € pour un couple<sup>2</sup>. La durée de mariage ou d'absence de remariage ne rentre pas en compte.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, les titulaires d'une pension de réversion bénéficient d'une

2. Peu importe si le conjoint vit en couple après le décès du professionnel libéral.

majoration de 11,1 % de leur pension de réversion servie par le régime de base sous condition :

- d'avoir atteint l'âge de départ à la retraite nécessaire à l'obtention d'une pension pleine ;
- de ne pas disposer de retraites de droits propres ou dérivés, de base ou complémentaires servies par un régime français ou étranger supérieures à 824 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2012, ces retraites étant retenues pour leur montant brut ;
- d'avoir fait liquider l'ensemble de ses droits à retraite.

TABLE 7.6 – Pensions de réversion

Année	Pension de base moy €		Pension compl. moy €		Pension totale moy €		Évolution
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	
CRN	2 511	2 916	11865	15 800	14 376	18 716	30,2%
CAVOM	2 420	2 869	4364	7 348	6 784	10 217	50,6%
CARMF	2 500	2 888	7119	7 718	9 619	10 606	10,3%
CARCD/SF 2009	2 697	2 896	6189	7 155	8 886	10 051	13,1%
CAVP	2 594	3 005	7340	8 772	9 934	11 777	18,6%
CARPIMKO	2 157	2 866	2067	2 676	4 224	5 542	31,2%
CARPV	2 834	3 330	6427	8 391	9 261	11 721	26,6%
CAVAMAC	1 732	1 757	4939	6 052	6 671	7 809	17,1%
CAVEC	2 196	2 571	4545	6 501	6 741	9 072	34,6%
CIPAV	1 995	1 859	3125	3 525	5 120	5 384	5,2%
Tous titulaires	2 263	2 458	5911	6 871	8 174	9 329	14,1%

Source : Recueil statistique, CNAVPL, 2002, 2012, calculs de l'auteur

Pour les conjoints de professionnels de santé conventionnés, il faut ajouter les avantages sociaux vieillesse (ASV) négociés dans le cadre conventionnel et auxquels abonde le régime général de l'assurance maladie.

TABLE 7.7 – Avantages sociaux vieillesse - professionnels de santé conventionnés

	ASV moyenne en €		Évolution
	2001	2011	
CARMF	5 012	5 242	4.6%
CARCD	4 064	4 319	6.3%
CARCD - SF	933	1 000	7.2%
BIOLOGISTES	1 387	863	-37.7%
CARPIMKO	945	1 036	9.4%
Tous titulaires	4 435	4 549	2.6%

Source : Recueil statistique, CNAVPL, 2002, 2012, calculs de l'auteur

### 7.3.3 L'ASPA (minimum vieillesse)

L'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) en remplacement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 du minimum vieillesse, s'ajoute à la pension principale pour permettre à l'assuré d'atteindre un revenu global minimal de 9 326 € par an pour une personne seule ou de 14 479 € par an pour un ménage au 1<sup>er</sup> janvier 2012. A noter : les sommes servies au titre de l'ASPA sont récupérables par la section professionnelle après le décès du bénéficiaire, dès

lors que l'actif net successoral dépasse 39 000 €, dans la limite d'un montant qui varie selon que l'allocation a été calculée sur la base du montant maximal pour une personne seule ou pour un couple.

Le nombre de bénéficiaires recensés en 2011 par la CNAVPL est faible : 64, avec une part des allocataires de la CIPAV et de la CARPIMKO représentant respectivement 47% et 17% de l'ensemble, voir le tableau 7.8. Ce sont des sections pour lesquelles nous avons montré les spécificités dans le chapitre 2 : un dynamisme démographique et des revenus modestes.

TABLE 7.8 – Nombre de bénéficiaires et montants versés au titre de l'ASPA en 2011

	Effectifs	Montant versé en €	Prestation moyenne en €
CNR	1	2 368	2 368
CAVOM	-	-	-
CARMF	8	56 930	7 116
CARCDSF	7	35 956	5 137
CAVP	3	7 332	2 444
CARPIMKO	11	39 770	3 615
CARPV	-	-	-
CAVAMAC	4	13 898	3 474
CAVEC	-	-	-
CIPAV	30	180 025	6 001
Tous titulaires	64	346 531	5 415

Source : Recueil statistique de la CNAVPL, 2012, calculs de l'auteur

## 7.4 Allocation personnalisée à l'autonomie - APA

Prestation universelle mise en place par la loi du 2 janvier 2002, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est accordée à partir de 60 ans pour permettre d'acquitter les frais occasionnés par la perte d'autonomie, par ex. le tarif de dépendance de l'établissement, la prise en charge des dépenses nécessaires au maintien à domicile (aide pour la toilette, s'habiller etc...), l'aménagement de l'environnement (aide ménagère, adaptation du logement ou achat divers), l'accompagnement pour les sorties, le recours à des services (portage du repas). C'est une aide dégressive en nature et non en espèces, puisqu'elle fonctionne sur le principe du remboursement ou d'une avance des frais sur facture. De fait, les bénéficiaires ne sont pas libres de l'utiliser selon leur volonté, par ex. elle ne peut servir à indemniser son conjoint aidant.

Elle concerne les personnes à domicile ou en établissement. Son montant dépend des ressources de la personne<sup>3</sup>, de l'obligation alimentaire<sup>4</sup>, selon la participation de chaque membre de la famille, de la participation du conseil général sous forme d'aide sociale et du degré de perte d'autonomie évalué selon la grille nationale « Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources » ou AGGIR, voir les tableaux 7.11 et 7.12.

AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur en référence à des activités de la vie quotidienne et d'apprécier le niveau d'aide à apporter. Après détermination des capacités de la personne, ces dernières sont classées dans un des six « groupes iso-ressources » (GIR), qui correspondent à des niveaux de besoin d'aide pour accomplir ces actes essentiels.

3. Sans que son attribution soit conditionnée par ces mêmes ressources.

4. L'obligation alimentaire concerne les conjoints, les ascendants et descendants c'est-à-dire les enfants et petits enfants, les belles filles et beaux fils en cas de remariage.

Le classement dans un groupe ainsi que le montant de l'APA sont réactualisés régulièrement par l'équipe médico-sociale du conseil général (dans le cas d'une personne maintenue à domicile) avec l'aide éventuelle du médecin traitant, ou par le médecin conventionné ou coordinateur (pour la personne en établissement), ou à la demande de l'intéressé et de ses proches, par exemple en cas de dégradation de l'état de santé.

TABLE 7.9 – Grille AGGIR

Groupes Gir	Degré de dépendance
Gir 1	– Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants – Ou personne en fin de vie
Gir 2	– Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante – Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	– Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	– Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aide pour la toilette et l'habillement – Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	– Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	– Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : Direction de l'information légale et administrative

Les niveaux GIR 1 à 4 ouvrent le droit à l'APA, GIR 5 et 6 donnent la possibilité de faire appel à une aide-ménagère, qui peut être financée par la caisse de retraite de la personne ou le conseil général.

En 2007, l'âge moyen auquel on est susceptible d'entrer en APA, quelle que soit la modalité (à domicile ou en établissement), est supérieur à 83,8 ans pour plus d'un nouvel entrant sur deux. Trois nouveaux bénéficiaires sur quatre ont 78,5 ans et plus. Moins de 7 % des bénéficiaires entrant ont moins de 70 ans. Les nouveaux bénéficiaires résidant en établissement sont globalement plus âgés qu'à domicile, puisque la moitié d'entre eux ont plus de 85,1 ans (Debout, 2010).

Mis en œuvre en 2002, le dispositif a vu ses dépenses augmenter en moyenne de 6 % entre 2003 et 2009 et le nombre des bénéficiaires de 8,8 %. Ces derniers se répartissent pour 45 % d'entre eux en GIR 4, le premier niveau de la grille AGGIR, pour 20 % en GIR 3, 2,7 % en GIR 2 et 9 % en GIR 1 qui marque une dépendance forte. Ils vivent à domicile pour 61 % d'entre eux et pour 39 % en établissement (Bérardier and Clément, 2011).

On compte 1,2 million bénéficiaires de l'APA, avec une augmentation probable de 35 % des effectifs en 2030 et un doublement en 2060. Bien qu'il n'y ait pas de données chiffrées sur

le recours à l'APA par les anciens membres des professions libérales, on peut supposer qu'ils sont moins susceptibles d'y avoir recours, cf. le tableau ci-dessous.

TABLE 7.10 – Répartition des bénéficiaires de l'APA fin 2007 selon leur niveau de ressources

Lieu de vie	Niveau de ressources mensuelles au sens de l'APA			
	1 <sup>er</sup> quartile	2 <sup>ème</sup> quartile	3 <sup>ème</sup> quartile	4 <sup>ème</sup> quartile
Domicile	696 €	1 235 €	931 €	1 039 €
Établissement	632 €	1 351 €	953 €	1086 €
Total	670 €	1 271 €	938 €	1 056 €

Champ : France métropolitaine, extrapolation à partir des données de 33 départements

Source : Données individuelles APA 2006-2007, DREES, dans (Debout, 2010)

En effet, une corrélation apparaît entre l'inégale répartition géographique de l'APA et le taux de pauvreté des départements. Les départements où le taux de pauvreté des personnes de plus de 65 ans est le plus élevé, présentent souvent un taux de bénéficiaires de l'APA supérieur à la moyenne, explicable :

- par l'influence du diplôme sur la probabilité d'être dépendant (à âge et sexe donnés) ;
- et un moindre recours à l'APA par les personnes dépendantes aisées en raison du ticket modérateur (90 % pour les plus dotés), bien que la dépense moyenne soit peu corrélée au taux de pauvreté.

Les ressources prises en compte dans le calcul de l'APA sont :

- les revenus déclarés à l'administration fiscale et figurant sur le dernier avis d'imposition ;
- les revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125A du code général des impôts auxquels s'ajoutent les biens en capital qui ne sont ni exploités, ni placés, pouvant procurer un revenu annuel évalué à 50 % de leur valeur locative si ce sont des immeubles bâtis et à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis, à 30 % des biens en capital, exceptée la résidence principale si elle est occupée par le demandeur et sa famille ;
- les revenus du conjoint, PACsé ou concubin, si le demandeur vit en couple.

En revanche, certaines ressources ne sont pas prises en compte :

- la retraite du combattant, les pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- les pensions alimentaires et les concours financiers des descendants ;
- les rentes viagères constituées par le demandeur pour se prémunir du risque de dépendance ;
- les prestations de l'assurance maladie ;
- les allocations logement, APL et primes de déménagement ;
- le capital attribué à titre d'indemnité à une victime d'accident du travail.

#### 7.4.1 Lorsque la personne se maintient à domicile

L'APA est attribuée sur la base d'un plan d'aide personnalisé<sup>5</sup> qui tient compte de tous les aspects du quotidien de la personne. Le plan, élaboré par l'équipe médico-social du conseil général, peut programmer :

- des interventions à domicile (garde de nuit, service de portage des repas, travaux d'adaptation du logement, transports etc...);

5. En cas d'urgence, l'APA dite d'urgence est mobilisable (par ex. sortie d'un établissement avec une perte importante d'autonomie, etc...).

- des aides techniques telles que l’usage d’un fauteuil roulant, un lit médicalisé, etc. . . ;
- un hébergement en famille d’accueil, dans ce cas les aides et les indemnités sont directement versées à la famille d’accueil.

Le bénéficiaire a le libre choix des modalités d’intervention, soit en embauchant son propre salarié (l’APA participe au paiement du CESU<sup>6</sup>) cf. la sous-section 4.3.3, soit en faisant appel à des organismes prestataires agréés, dont les factures seront acquittées. Si le bénéficiaire recourt à une structure non agréée, l’APA est majorée de 10 %.

Les plans d’aide sont plafonnés selon la grille ci-dessous :

- GIR 1 = 1 305 € ;
- GIR 2 = 1 118 € ;
- GIR 3 = 839 € ;
- GIR 4 = 559 € ;

En effet, **si l’APA n’est pas soumise à un plafond de ressources, elle ne couvre pas la totalité des services éligibles**. Un ticket modérateur est laissé à la charge du bénéficiaire en fonction de ses revenus mensuels (R). Le ticket modérateur (T) est calculé ainsi :

1. Si  $R \leq 735$  €, le plan est pris totalement en charge ;
2. Si  $735 \text{ €} \leq R \leq 2\,928 \text{ €}$ , le ticket modérateur (T) varie entre 0% et 90% du plan d’aide, selon le calcul suivant :

$$T = \text{plan d'aide (en €)} \times \frac{R - (S \times 0,67)}{2 \times S} \times 90\%$$

**S** est la majoration pour tierce personne (MTP) attribuée à l’assuré au delà de 60 ans, titulaire d’un avantage ouvrant droit à cette majoration, et qui a besoin, avant 65 ans de l’assistance d’une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Fin 2009, le montant moyen des plans d’aide est de 500 € par mois, voir le tableau 7.11. Un quart des bénéficiaires ont une prise en charge totale du ticket modérateur en raison de revenus trop faibles. Pour ceux qui l’acquittent, le ticket modérateur s’élève à 120 € en moyenne. En réalité, à cette participation s’ajoutent les dépassements du plan d’aide pour certaines personnes, c’est-à-dire les besoins d’aide non couverts par le plan. Ainsi, même lorsque le ticket modérateur est nul, la personne n’a pas forcément une prise en charge de tous ses besoins.

---

6. Chèque emploi service universel



TABLE 7.11 – Montants moyens mensuels de l’APA et de la participation financière des bénéficiaires selon le degré de dépendance de la personne, en décembre 2009 (euros courants) : à domicile

	Montant moyen du plan d’aide en €	Montant payé par les conseils généraux en €	Participation financière à la charge de la personne âgée en €	Part des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur (en %)	Participation financière des bénéficiaires acquittant effectivement un ticket modérateur
GIR 1	1 013	833	180	72	249
GIR 2	790	636	154	76	202
GIR 3	585	477	108	76	142
GIR 4	356	293	63	78	81
Ensemble	500	408	92	75	120

**Lecture** : le montant moyen du plan d’aide est de 500 € pour une personne à domicile, 408 € étant payés par les conseils généraux et 92 € par les personnes âgées. Mais seules 75 % des personnes âgées versent effectivement une participation financière. Pour ces personnes, la participation est égale, en moyenne à 120 €.

Champ : extrapolation France entière à partir des départements répondants

Source : enquête trimestrielle auprès des conseils généraux, dans (Bérardier and Clément, 2011)

#### 7.4.2 En établissement

Le tarif d’un établissement (pour rappel, voir la section 4.4.2) est composé,  $\alpha$  - du forfait soins,  $\beta$  - du forfait journée-hébergement,  $\gamma$  - du tarif dépendance pratiqué par l’établissement selon le niveau de dépendance de la personne (il existe trois tarifs dépendance : pour les GIR 1-2, pour les GIR 3-4 et pour les GIR 5-6). Le tarif de dépendance moyen est de 478 € par mois, variant avec le degré d’autonomie, de 352 € par mois pour les GIR 3-4 à 563 € par mois pour les GIR 1-2.

Les capacités de la personne sont évaluées par le médecin de l’établissement<sup>7</sup>, qui calcule un GIR moyen pondéré de l’établissement et la valeur du point de dépendance. Ce dernier entre dans la tarification finale du tarif. La personne et la famille de leur côté déposent une demande d’APA.

En règle générale, l’APA de l’établissement est calculé comme la différence entre le tarif de dépendance de l’établissement et la participation du bénéficiaire selon ses ressources.

**Remarque** : les rentes viagères ne sont pas prises en compte pour le calcul des ressources de l’intéressé, ni les contributions des enfants, ainsi que certaines prestations sociales, sous conditions.

Plusieurs voix demandent une réforme de la grille AGGIR et du dispositif APA en raison du traitement inégal des bénéficiaires selon les départements (à l’origine de problème, il y a en premier lieu des inégalités territoriales en termes d’équipements médico-sociaux) et selon les équipes. En particulier, le reste à charge des familles est important. Ainsi, plusieurs rapports appellent à une rénovation, selon laquelle on pourrait :

7. En cas d’urgence, une APA qui égale 50 % du tarif de dépendance de l’établissement pour les GIR 1-2 est débloquée.

TABLE 7.12 – Montants moyens mensuels de l’APA et de la participation financière des bénéficiaires selon le degré de dépendance de la personne, en décembre 2009 (en € courants) : en établissement d’hébergement

	Montant moyen du tarif de dépendance	Montant payé par les conseils généraux	Participation financière à la charge de la personne âgée
GIR 1 et 2	563	400	163
GIR 3 et 4	352	200	152
Ensemble	478	320	159

Champ : extrapolation France entière à partir des départements répondants

Sources : enquête trimestrielle auprès des conseils généraux, dans (Bérardier and Clément, 2011)

- Améliorer la grille en la rendant plus objective et en tenant mieux compte des maladies neurodégénératives, former les équipes à la grille afin d’obtenir des classements plus homogènes ;
- solvabiliser les publics isolés et les personnes atteintes d’Alzheimer en relevant ponctuellement les plafonds (à la demande des aidants familiaux qui doivent recourir d’avantage aux accueils de jour et aux formules de répit). Les plafonds GIR pourraient être relevés en diminuant le GIR 4, mais au risque de sous estimer la contribution de la prévention de ce niveau ;
- ajuster les plans d’aide au pouvoir d’achat, par l’indexation de l’APA sur l’inflation (au mieux sur les salaires) ;
- demander une participation des bénéficiaires de l’APA à domicile<sup>8</sup>, qui disposent des patrimoines les plus élevés, en leur offrant soit l’option d’une allocation à taux plein et dans ce cas, le département pourrait effectuer une prise de gage anticipée<sup>9</sup>, soit l’option d’une diminution l’allocation de 50 % et en conservant l’intégrité du patrimoine. Cette mesure inciterait sur le long terme à la souscription de produits d’épargne et de prévoyance et éviterait les courbes en U où les plus démunis et les plus dotés reçoivent le plus alors que les classes moyennes sont moins bénéficiaires.

## 7.5 Compléter ses revenus, assurer de nouveaux besoins

### 7.5.1 Le recours au crédit

#### La protection de l’emprunteur

La période actuelle est ambiguë, d’un côté elle n’est pas propice au crédit ; les banques prennent beaucoup de précautions vis à vis des emprunteurs. Et, il est légitime de se demander si les personnes âgées, même anciens membres des professions libérales, même nanties d’un patrimoine, ne rencontrent pas des difficultés après 60 ans pour obtenir des prêts à moyen ou long terme.

En effet, le niveau de vie reste soumis à des variations en raison de besoins tendanciellement croissants (augmentation des coûts de santé, des mutuelles et prises en charge de la dépendance), des transferts financiers vers les descendants, des a-coups de la vie, décès, accidents, etc. . .

8. L’APA en établissement étant exclue.

9. 20 000 € sur une fraction du patrimoine comprise entre 150 000 € et 200 000€.

D'un autre côté, les pratiques peu scrupuleuses des organismes de crédit et des entreprises de la distribution ont entraîné des difficultés de paiement de la part des consommateurs, voire des situations de surendettement, qui sont devenues dramatiquement visibles dans le contexte actuelle de stagnation économique.

Concernant le recours au crédit à la consommation, qui est le moyen le plus aisé d'obtenir des liquidités, il est soumis à la loi dite « loi SCRIVENER »<sup>10</sup> sur la protection et l'information des consommateurs, qui a pour but d'améliorer leur information préalable et de les protéger. En effet, les prêts s'attachent souvent au droit des contrats spéciaux, qui ouvrent une « clause de solidarité ». D'où la nécessité d'informer le débiteur, notamment sur les principes de cautionnement. Cette protection des emprunteurs s'étend également aux co-emprunteurs et aux personnes qui se sont portées caution.

La loi s'applique pour les crédits à la consommation et de travaux immobiliers contractés par les particuliers, sur des montants plus accessibles de 200 € à 75 000 €<sup>11</sup> et pour une durée supérieure à 3 mois. Les ventes ou les prestations de services dont le paiement est échelonné ou différé entrent aussi dans le champ d'application. La réforme LAGARDE renforce le dispositif en réglementant la publicité des opérations de crédit et en accentuant les responsabilités des créanciers et des organismes :

- une offre préalable de crédit remise à l'emprunteur est obligatoire ;
- des mentions sont imposées sur les offres : l'identité, les conditions du crédit (montant, TEG annualisé (TAEG), durée...), le montant à rembourser (avec et sans assurance), le montant des frais ;
- l'offre est considérée comme valide pendant 15 jours ;
- en cas de remboursement anticipé, il n'y a pas de frais ou de pénalités (la loi LAGARDE prévoit de possibles pénalités à partir de 10 000 € de remboursement anticipé) ;
- le délai de rétractation passé de 7 à 14 jours (depuis mai 2011) à compter du jour de la remise de l'avant contrat (le compromis de vente) à l'acquéreur (délai ramenable à 3 jours pour les crédits affectés si l'emprunteur en fait expressément la demande).

### Le risque du surendettement

Il existe deux types de surendettement : le surendettement actif où la personne emprunte au-delà de sa capacité à rembourser et le surendettement passif où elle est dans l'incapacité de payer des dettes relatives à la vie courante comme le loyer, les dépenses de santé, l'électricité, etc...

Comment prévenir le surendettement ?

Dans la majorité des cas, le surendettement est de nature passive et, est le reflet d'une société de consommation et de crédit facile (diffusion par les organismes prêteurs du crédit renouvelable au détriment du crédit amortissable<sup>12</sup>).

Déjà la jurisprudence pose :

- le principe de proportionnalité de la caution (cf. code de la consommation) ;
- l'obligation de mise en garde du banquier ;
- le fait de rendre obligatoire les consultations des fichiers des incidents du crédit (projet).

Enfin, tout récemment, le projet de loi consommation<sup>13</sup> du Ministre de l'Économie sociale et solidaire et de la Consommation Benoît HAMON, finalise l'instauration d'un fichier positif de lutte contre le surendettement. Tous les prêteurs auront désormais l'obligation de consulter

10. Du 10 janvier 1978.

11. Et non plus supérieurs à 21 500 €, depuis la réforme du crédit à la consommation portée par la loi LAGARDE en mai 2011.

12. La pratique a été corrigée par la loi LAGARDE.

13. Adopté par l'Assemblée nationale le 3 juillet 2013, puis par le Sénat le 13 septembre 2013.

un registre national des crédits aux particuliers avant d'accorder un nouveau crédit à la consommation, afin de prendre cette décision en toute connaissance de cause. Cette mesure permettra de protéger les consommateurs en responsabilisant les prêteurs.

Malgré ces avancées, la problématique de l'endettement passif qui touche les aînés, n'a pas été abordée par les politiques publiques (Soulage and Becqué-Corcors, 2012). Contre le surendettement, en réalité, il n'existe pas de réelle politique de prévention. Les personnes sont souvent seules et aggravent leur situation par des recours au crédit bancaire, en augmentant leur autorisation de découvert, etc. . . L'accompagnement est éclaté, les acteurs sont multiples, et souvent ont peu de moyens pour intervenir et prévenir, par ex. dans le cas de la lutte contre les clauses abusives (« grises », c'est-à-dire celles qui sont tolérées sur justification du professionnel).

Notons cependant, le durcissement du dispositif de sanction contre l'abus de faiblesse (voir la sous section 6.2.3) pour protéger les personnes vulnérables : l'amende délictuelle du code de la consommation infligeable aux personnes morales passe de 9 000 € à 375 000 €, avec possibilité de la faire porter à 10 % du chiffre d'affaires n-1 de l'entreprise et des peines complémentaires, prévues par le code pénal.

Lorsque la personne doit se débattre contre l'engrenage du surendettement (recours à la loi NEIERTZ mise en place en 1990 et améliorée par des dispositifs successifs jusqu'à la loi LAGARDE, qui a simplifié en autres le recours au « redressement personnel » (Banque de France and Direction de la Communication, 2012)), il faut savoir que les procédures d'aide prennent mieux en compte l'évolution de l'économie, des conditions de vie et du changement du profil des surendettés. Par ex. si la personne est locataire, elle bénéficiera d'un accompagnement social et les mesures d'aides privilégieront le paiement des créances des bailleurs aux créances bancaires. Il est enfin tenu compte de la vulnérabilité de la personne.

Cette dernière ne doit pas hésiter à contacter les organismes tels que les CCAS, les CAF, le conseil général et le réseau associatif local (Fédération Crésus, etc. . .).

## 7.5.2 Le viager

Outre sa pension et dans un contexte où les prix immobiliers restent encore élevés, le professionnel libéral retraité et propriétaire peut améliorer ses revenus par la vente en viager de son bien (maison, appartement ou autre) en échange « d'un bouquet », c'est-à-dire une somme payable au moment de la signature et d'une rente à vie<sup>14</sup>, versée par l'acheteur. S'il habite toujours son bien, alors on parlera de « viager occupé »<sup>15</sup>. Il s'agit donc d'un moyen, *a minima*, pour les vendeurs de pouvoir vivre décemment dans leur logement sans changer leurs habitudes et d'accéder à plus de confort et d'agréments (loisirs, voyages) ou pour compenser les frais de perte d'autonomie.

De plus, « le bouquet », négociable et déduit du montant de la rente permet de faire face à des dépenses immédiates d'amélioration de son cadre de vie, par ex. financer les adaptations du logement ou faire des donations à ses descendants et régler le problème successoral.

Le viager est un mode de transaction immobilière peu fréquent, tombé en désuétude, non seulement en France mais aussi en Europe, par ex. en Grande Bretagne où pourtant le taux de remplacement des retraites est faible.

Il y a peu d'acquéreurs (appelés « débirentiers »), bien que ces derniers bénéficient d'une décote du prix de vente variant entre 40 % et 60 %. En effet, outre la charge morale de ce type d'investissement, la longueur de l'engagement « effet tunnel » et l'incertitude (le

14. La rente peut être assise sur une tête et réversible sur une deuxième tête (conjoint, généralement). Dans ce cas, à la mort du premier époux, l'acheteur continuera à payer la rente au second époux.

15. Le vendeur peut libérer définitivement le bien ultérieurement, par exemple pour entrer dans un établissement, il pourra prévoir une majoration de la rente.

nombre d'échéances lié à la probabilité de survie n'est pas connu d'avance, en dépit des tables de mortalité) peut freiner les acheteurs d'autant qu'ils sont eux-mêmes soumis aux aléas professionnels. Les évolutions possibles de leurs revenus les exposent à des difficultés au paiement de la rente, d'où l'obligation de prévoir les versements très en amont du projet d'investissement. Enfin les réticences des banques à financer un bouquet, en l'absence de garantie habituellement basée sur le bien (en raison de l'incertitude sur la durée de vie du vendeur) ajoutent à la difficulté.

Du côté des vendeurs, le risque réside dans le décès éventuel du débirentier. La charge de la rente est transmise aux héritiers, qui ne sont peut être pas solvables, sauf si le débirentier a contracté une assurance décès ou s'est prémuni contre le risque de surlongévité du vendeur, en fixant une date où l'assurance prend le relais. Si le débirentier ne peut assurer les paiements, la garantie hypothécaire n'est pas toujours suffisante. En cas de procédure de surendettement, le vendeur est inscrit sur la liste des créanciers au même niveau que les banques. Et la dénonciation du viager devient compliquée. Enfin, la personne d'âge élevé peut renoncer au viager à cause de l'interprétation qu'un regard extérieur peut donner à son geste, c'est-à-dire la volonté de spolier ses enfants de l'héritage attendu.

### Prix de vente

Le prix de vente est librement fixé entre les parties mais en cas de prix non justifié, la rente peut être annulée pour défaut de prix réel ou sérieux ou abus de faiblesse. Il dépend :

- de l'espérance de vie du vendeur ;
- de la valeur vénale du bien.

Pour s'assurer du paiement de la rente, le crédientier peut préciser dans l'acte de vente :

- la possibilité de reprendre le bien si plusieurs rentes ne sont pas versées (« clause résolutoire ») ;
- la prise par le notaire d'une hypothèque de 1<sup>er</sup> rang, assortie du privilège de vendeur, qui permet, en cas de défaut du débirentier, de placer le crédientier en priorité sur la liste des créanciers ;
- la possibilité de conserver le bouquet (s'il a été versé) en cas d'annulation du contrat de vente ;
- la possibilité de réviser le montant de la rente en l'indexant par ex. sur l'indice des prix à la consommation ou l'indice des coûts à la construction de l'INSEE.
- la répartition des petits et gros travaux, des taxes foncières et d'habitation.

### Fiscalité

Le bouquet n'est pas imposable.

La rente ne supporte l'impôt sur le revenu que sur une part de son montant qui diminue avec l'âge du vendeur à l'acte de vente :

- si le vendeur a moins de 50 ans, 70 % de la vente sera imposable ;
- si le vendeur a entre 50 et 59 ans, 50 % de la rente sera imposable ;
- entre 60 ans et 69 ans, 40 % de la rente sera imposable ;
- si le vendeur à 70 ans et plus, c'est 30%.

En matière d'impôt sur la fortune (ISF), le crédientier doit déclarer la valeur de capitalisation de sa rente et déclarer la valeur de l'usufruit (en cas de viager occupé et droit de le louer).

L'usage veut que la taxe foncière revienne à l'acheteur, à l'exception de la taxe sur l'enlèvement des ordures ménagères, réglée par l'occupant comme la taxe d'habitation.

Quant aux travaux, le contrat prévoit généralement, que le débirentier assure les grosses réparations, alors que le crédientier se charge de l'entretien courant et des charges locatives.

### Intermédiaire pour développer le viager

« Développer le viager intermédié partiel pour garantir une rente vieillesse complémentaire aux seniors et leur permettre de transmettre un patrimoine à leurs enfants. »

C'est une des propositions de la chaire « Transitions démographiques, transitions économiques »<sup>16</sup> développée lors d'une Journée débat en juillet 2012, « Les générations au cœur des politiques économiques » en partenariat avec la Caisse des dépôts et consignations.

En prévision du retrait progressif de l'Etat-providence, compte tenu de la concentration du patrimoine immobilier détenu par les français plus âgés et éventuellement favorisé par un alourdissement de la fiscalité sur la succession, le viager pourrait revenir un « outil d'intérêt général » (Masson, 2012), pour les individus (la personne âgée et ses enfants) qui disposeraient, par le biais d'une transmission précoce du patrimoine, de liquidités à consacrer au financement de leurs projets (création d'entreprise, consommation, etc. . .).

Cependant, l'image du dispositif est un frein à sa diffusion. De plus, on dispose de peu d'informations de ce marché où opèrent essentiellement des particuliers. Le Conseil du notariat recense environ 780 ventes en viager en 2009<sup>17</sup> pour la province en recul par rapport à 1990 (1 500 ventes)<sup>18</sup>. Actuellement 3 000 à 4 000 biens seraient à vendre surtout en Ile-de-France et sur la Côte d'Azur (*cf. Conseil des Notaires, mars 2011*). Compte tenu du faible nombre d'investisseurs, les vendeurs doivent souvent attendre entre 18 mois et 36 mois pour trouver un acquéreur.

Mais on ne connaît rien des caractéristiques des vendeurs et des acheteurs, ni de la destination du bouquet, ni la part des viagers familiaux, souvent utilisés pour éviter les droits de succession ? etc. . .

Une intervention de la puissance publique serait nécessaire pour structurer un marché, où en particulier l'arrivée des investisseurs institutionnels, comme la Caisse des dépôts ou les banques, permettrait de dépasser les blocages culturels (d'où le qualificatif de « viager intermédié ») d'une relation interpersonnelle risquée entre le vendeur et l'acheteur.

En effet, un investisseur institutionnel ne court pas le même risque dans une opération de viager, notamment face au risque de longévité qui attend un particulier. L'effet « Jeanne Calment » est amoindri par la diversification de ses actifs sur un grand nombre d'opérations et il aura tendance à couvrir ce risque par la baisse de la rente viagère ou par une préférence pour le bouquet, qui sont des éléments structurants du marché.

L'économiste André Masson propose ainsi la mise en place d'un « viager intermédié partiel » (Masson, 2012). « Intermédié » en référence aux investisseurs institutionnels et « partiel » pour éviter l'aliénation totale du bien et ainsi diminuer les tensions familiales et l'aléa moral c'est-à-dire le risque que le débirentier n'entretienne pas le bien.

Il faut ensuite améliorer l'image du viager et notamment en favorisant les acheteurs professionnels et institutionnels (peuvent intervenir des acheteurs sociaux par ex. des opérateurs d'HLM sur des biens peu attractifs). Pour les particuliers, il faut clarifier leur information, concernant par ex. la fiscalité faible sur les rentes ou la possibilité d'indexation, la faculté de prévoir des réversions sur le conjoint.

#### 7.5.3 Le prêt viager hypothécaire

Créé par ordonnance du 23 mars 2006, le prêt viager hypothécaire permet de tirer de son bien immobilier à usage exclusif d'habitation (les biens à usage mixte professionnel et

16. [www.tdte.fr](http://www.tdte.fr)

17. « Vendre en viager : attrayant mais risqué », Le Figaro du 11 mars 2011.

18. « De nouvelles idées pour le viager », Le Figaro du 24 septembre 2010.

d'habitation sont exclus du dispositif), des liquidités sans obligation de le vendre. Il s'adresse aux personnes qui n'ont pas toujours accès au crédit, ou seulement dans ces conditions excessives. L'objectif est de pouvoir emprunter quels que soient l'âge et l'état de santé. En effet, l'emprunteur, personne physique, n'est pas obligé de souscrire une assurance, ni de remplir un questionnaire de santé.

Par ailleurs, le législateur, ayant voulu protéger les personnes les plus concernées par le dispositif, a interdit le démarchage et a mis en œuvre un formalisme strict pour s'assurer du consentement de l'emprunteur. Les risques d'une telle opération sont limités : il n'y a pas cession du bien, le montant de la dette en capital et intérêt est plafonné à la valeur de l'immeuble au jour du décès, la banque ne pourra pas demander plus que la valeur du bien donné en garantie.

Le principe du prêt viager hypothécaire permet de contracter un prêt auprès d'un établissement de crédit. Le prêt sera perçu sous forme de capital ou sous forme de rente viagère. Le montant du prêt dépend de la valeur estimée du bien, de l'âge et du sexe de l'emprunteur. Par exemple, la somme prêtée peut se situer entre 25 % et 30 % de la valeur du bien pour une personne de 75 ans avec un taux d'intérêt de 8,95 %. (*Cf. Conseil des notaires, mars 2011*). Le prêt ne peut être utilisé à des fins professionnelles, mais uniquement pour des dépenses privées : financement de travaux, complément de trésorerie, aide à domicile, aides aux descendants, etc. . .

L'emprunteur, qui doit entretenir le bien en bon père de famille, sous peine de devoir rembourser l'emprunt, reste propriétaire et garde la charge de la taxe foncière et des grosses réparations. S'il désire changer l'affectation de son bien, par ex. transformer sa résidence secondaire en bien à louer, il doit obtenir l'accord écrit de son créancier (en tout état de cause, le bien ne peut servir à une activité professionnelle). Il doit également signaler un éventuel projet de cession. La cession oblige l'emprunteur à rembourser l'intégralité des sommes prêtées, ainsi que les intérêts.

L'établissement prêteur prend en contrepartie une hypothèque sur le bien, dont la valeur est estimée par un expert désigné par les deux parties, les frais de l'expert étant à la charge de l'emprunteur. La banque se rembourse au moment du décès du propriétaire par la vente de l'immeuble, ou par anticipation si le propriétaire décide de se séparer de son bien. Si le prix de la vente est supérieur au montant de la dette, la différence est versée aux héritiers. Dans le cas contraire, par ex. en cas d'effondrement du marché immobilier, la dette ne se transmet pas. Les héritiers peuvent opter pour le remboursement de la dette et conserver le bien au moment de la succession.

Comme le contrat viager, le prêt viager hypothécaire nécessite un acte notarié. Le notaire a un devoir de conseil et d'information sur les conséquences de sa mise en œuvre (en termes de succession, de patrimoine, validité sur le fonds, la forme, etc. . .). L'offre de crédit ne peut être acceptée qu'à l'expiration d'un délai de 10 jours au moins, à compter de sa réception et doit être maintenue pendant au moins 30 jours. Le capital emprunté est non imposable, s'agissant d'un crédit.

## 7.6 Succession et législation fiscale

Outre les transferts monétaires que la personne retraitée peut valoriser, il est conseillé de faire le point sur son patrimoine et la façon dont on veut le transmettre aux héritiers. On ne prévoit pas toujours les mesures nécessaires sans lesquelles, des problèmes financiers peuvent surgir entre ses descendants (surtout dans un contexte de chômage et d'insertion difficile pour les jeunes actifs) et entre les descendants et la personne âgée qui choisit de rester à son domicile. Ces conflits peuvent exacerber une situation relationnelle déjà tendue – surtout si

l'âge venant, la personne perd ses capacités physiques ou intellectuelles. D'ailleurs, on notera que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait porter sur les incertitudes d'héritage le risque de maltraitance.

Ainsi, tant que l'on dispose de l'entière de ses moyens, il vaut mieux anticiper les choix patrimoniaux et les expliciter clairement à ses proches pour éviter tous les non-dits et les problèmes de communication à l'origine de mésentente et de conflits. La difficulté se double, si on est en présence d'une trajectoire familiale et personnelle complexe, cas de plus en plus fréquent, du fait de l'évolution de la structure familiale (mariage, divorce, concubinage, décohabitation, PACS, enfants de plusieurs lits. .).

Avant toute décision, il est nécessaire de faire le point sur ses biens et possessions : *évaluer l'actif successoral*. Dans l'actif brut, on compte, les biens immobiliers, les objets mobiliers, bijoux et véhicules, les comptes bancaires, livrets d'épargne, les placements boursiers, les plans d'épargne entreprise (PEE) ou plan d'épargne inter entreprise (PEI) si la personne a été salariée.

**Attention** : les produits d'assurance vie, les immeubles en usufruit, les immeubles soumis à tontine ne sont pas comptés dans l'actif. Pour ce qui est de l'assurance vie, elle est transmise hors succession et son bénéficiaire n'en doit aucun compte aux héritiers, même réservataires (voir la sous section 7.6.1). Cependant, si les primes versées sont manifestement exagérées eu égard aux facultés du souscripteur, elle doit être réintégrée à l'actif successoral.

À ces sommes, il faut déduire les dettes contractées personnellement telles les crédits à la consommation, les prêts sur gage, les prêts hypothécaires, les prêts entre particuliers et les frais d'obsèques qui sont assimilables à une dette alimentaire, pour obtenir *l'actif successoral net*. Le notaire pourra faire un diagnostic ayant des éléments sur l'étendue des biens, la composition familiale et les relations de couple (PACS, mariage et le type du contrat, concubinage, etc. .).

### 7.6.1 Les règles légales

Il existe des règles légales en termes de succession. Il faut s'assurer si elles sont suffisantes ou non pour atteindre ses objectifs. Elles concernent les *héritiers réservataires* c'est-à-dire les descendants<sup>19</sup> ou à défaut le conjoint survivant à qui la loi réserve une part sur l'actif qui ne peut être réduite. En présence d'héritiers réservataires, la personne ne dispose que de la *quotité disponible*.

Nombre d'enfants au moment du décès	Part de la réserve héréditaire	Part de la quotité disponible
1	1/2 des biens	1/2 des biens
2	2/3 des biens	1/3 des biens
3 et plus	3/4 des biens	1/4 des biens

À défaut des descendants, viennent les père et mère et les frères et sœur du défunt, ainsi que leurs propres descendants ; puis les ascendants et enfin les collatéraux jusqu'au 6<sup>ème</sup> degré autres que les frères et sœurs ou neveux ou nièces du défunt. Le conjoint survivant peut conserver la jouissance de la résidence principale et du mobilier qui s'y trouve car il bénéficie de droits au logement, l'un temporaire (1 an après le décès) et l'autre viager (qui n'est pas d'ordre public, c'est-à-dire que le testament authentique peut l'en priver, il est un droit de nature successorale, dans le sens où il ne peut en jouir que s'il accepte la succession).

<sup>19</sup>. ses propres enfants ou les enfants communs avec son conjoint. Un enfant non commun ne peut recevoir des biens propres et/ou communs, que de son parent



Outre le logement, le conjoint survivant, en l'absence d'enfant devient héritier réservataire : il a droit à 1/4 au moins des biens (en propriété ou l'usufruit de la totalité), 1/2 si le défunt laisse ses père et mère, les 3/4 s'il ne laisse que l'un deux, la totalité s'il laisse des frères et sœurs, nièces, neveux et autres parents.

### 7.6.2 Le testament

Le testament permet d'aménager les règles légales. Dans le testament, on peut transmettre tout ou partie des biens à un ou plusieurs bénéficiaires (appelés légataires) à condition de respecter la part revenant aux héritiers réservataires. Il existe trois types de legs :

- le legs universel, qui permet de léguer tous les biens à une personne, ou à plusieurs légataires universels, dont les parts seront égales ;
- le legs à titre universel, qui permet de léguer à une personne une partie des biens (la moitié, le quart...) ou une catégorie de biens (biens immobiliers seulement par exemple) ;
- le legs particulier qui permet de léguer à une personne un ou plusieurs biens déterminés (un bijou par exemple).

Le légataire universel ainsi que le légataire à titre universel doivent payer les dettes de la succession proportionnellement à leur part. Par contre, le légataire particulier n'y est pas tenu. Les associations peuvent être légataires comme les associations reconnues d'utilité publique.

### 7.6.3 Le testament partage

Le testament-partage est un acte par lequel une personne (le testateur) effectue **un partage anticipé** de sa succession entre ses héritiers présomptifs (enfants, petits-enfants), en toute liberté et de manière précise. Les héritiers concernés reçoivent les biens au décès du testateur. La donation-partage peut s'étendre aux biens que la personne a déjà donnés. Avec la donation-partage, la valeur des biens est fixée au jour de la donation (attention, on prêtera une attention particulière aux biens immobiliers dont la valeur peut augmenter avec le temps).

### 7.6.4 Les formes du testament

Le testament peut être *olographe, authentique ou mystique* :

- olographe, c'est-à-dire, on le rédige seul en respectant trois conditions :
  1. l'écrire en entier à la main sur papier libre. Aucune autre personne ne doit annoter le document. Il ne doit jamais être tapé à la machine, même en partie ;
  2. le dater précisément (l'indication du jour, du mois et de l'année sont indispensables) ;
  3. le signer.
- authentique, c'est-à-dire dicté à un notaire par le testateur devant deux témoins, ou dicté à deux notaires. Après lecture, il doit être signé par le testateur, par le ou les notaires et par les témoins.
- mystique, du fait de son caractère secret. Il est remis sous pli fermé au notaire en présence de deux témoins.

Le testament est conservé chez le notaire qui le fera enregistrer au Fichier Central des Dispositions de Dernières Volontés (FCDDV). Si le testament est olographe, il peut également être confié à un notaire afin qu'il en assure la conservation. Il peut être enregistré au FCDDV par les soins du notaire à la demande du testateur.

### 7.6.5 Le mandat à titre posthume

Il désigne un mandataire chargé d'administrer tout ou partie de la succession pour le compte des héritiers. Le mandat doit être justifié par un intérêt légitime et sérieux, lié aux héritiers ou au patrimoine. Les héritiers doivent être identifiés. L'acceptation du mandataire est obligatoire et doit être reçue par un notaire avant le décès.

### 7.6.6 Transmettre de son vivant

En cas de patrimoine important, pour éviter un prélèvement fiscal trop élevé sur les successions, ou pour aider ses enfants, il est possible de transmettre progressivement.

- Dans le cadre d'une donation ordinaire (hors part successorale), la personne peut avantager un héritier ou transmettre ses biens à une autre personne non héritière. Cependant, le notaire vérifiera lors de la succession que les donations ne portent pas atteinte à la part de réserve des héritiers, et ces derniers pourront être dédommagés par le bénéficiaire du don.
- Dans le cadre d'une donation en avance de part successorale aux enfants, qui anticipe la transmission des biens aux héritiers présomptifs au jour de l'acte.
- Dans le cadre d'un testament-partage (cf. plus haut).
- Enfin en réfléchissant, au régime matrimonial (par ex. option pour la communauté universelle avec attribution intégrale, en propriété ou en usufruit au profit du conjoint survivant).

Dans les situations de transmission de son vivant par la donation des biens, il est nécessaire de se préserver financièrement :

1. soit en conservant la maîtrise du bien, c'est la donation de l'usufruit ;
2. ou en s'assurant un revenu, c'est la donation avec réserve d'usufruit ;
3. ou en s'épargnant une dépense (par ex. la donation avec charge), c'est-à-dire par le don d'un bien immobilier à charge pour le donataire d'en payer le prêt.

## 7.7 Le recours au principe assurantiel

En France, la prise en charge de la dépendance s'organise autour de trois acteurs : la famille, l'État et le marché. On a vu précédemment que son risque induit un coût individuel plus élevé que la couverture de la retraite ou que les aides de l'État. Il reste alors l'aide familiale dont l'apport informel est loin d'être négligeable, voir chapitre 5.

Le rapport de B. FRAGONARD (juin 2011) cité par le CREDOC (Lantié et al., 2011) estime à 70 % (de 68 % à 77 % selon l'IRDES<sup>20</sup>) la prise en charge par le secteur public (assumée par la sécurité sociale, les collectivités locales, etc..) du coût de la perte d'autonomie. Compte tenu des limites budgétaires de la solidarité et des familles, le marché par le biais des sociétés d'assurances, les mutuelles et les organismes de prévoyance (qui occupent une part marginale) pourraient jouer un rôle plus important sous condition du développement du marché.

Or il paraît encore modeste au regard de son potentiel (Fontaine and Zerrar, 2013). En effet, les restes à charge peuvent s'élever très rapidement (aide à domicile qui n'entre pas dans l'objet de l'APA, dépenses d'aménagement du logement, dans les établissements, la demande sociale de la prise en charge peut aujourd'hui être plus coûteuse du fait des changements de standards d'hébergement avec un taux d'encadrement plus élevé, des équipements de confort tels que la climatisation...). Par ex. une personne dont les capacités sont classées à l'indice GIR 1 à domicile, titulaire de l'APA, peut devoir assumer un reste à charge de 800 € par

20. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

mois. En moyenne, le reste à charge atteint 1 468 € par mois en 2011, soit 70 000 € sur une durée de 4 ans.

Mais le recours aux assurances est peu utilisé, selon les chiffres de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), seules 5,5 millions de personnes seraient assurées par une couverture (soit 15 % des plus de 60 ans). Parmi ces assurés, moins de 2 millions pourraient se prévaloir d'une véritable couverture à long terme. Selon l'IRDES, la faible disposition des individus à s'assurer s'explique par :

- le manque d'attractivité des produits offerts ;
- la myopie des individus et leurs préférences.

Les produits offerts pour le risque de dépendance se présentent **sous forme de rentes forfaitaires, indépendantes de la consommation réelle de soins**. Ainsi, le montant versé peut ne pas couvrir les dépenses, incertaines par définition de la prise en charge. Le versement intervient ensuite le plus souvent seulement en cas de dépendance lourde.

Un premier groupe de produits propose une garantie dépendance associée à la complémentaire santé. La durée est annuelle, renouvelable et dépendante du panier de prestations décidé par l'assureur. La rente versée est modeste, par exemple 120 €, elle ne couvre que le niveau GIR 1 et 2 de la dépendance lourde.

Un deuxième groupe de produits offre des garanties jusqu'au décès de l'assuré sur la base d'une rente prédéterminée. Selon la FFSA, la cotisation moyenne en 2011 est de 30 € par mois (variable selon l'âge de l'assuré) pour une rente moyenne de 583 €. En réalité, l'hétérogénéité des produits est importante, en fonction du niveau choisi des rentes, de 340 € à 1 942 € et de la couverture, c'est-à-dire dépendance lourde *versus* dépendance partielle (GIR 3 et 4). Cette offre peut être disponible dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire, c'est-à-dire couplé avec une autre garantie<sup>21</sup> (santé, décès, épargne), mais elle est faible, inférieure à 200 € mensuels. Dans le cadre d'un contrat individuel, les garanties sont plus importantes.

Il existe enfin des freins en raison des pratiques des professionnels de la prévoyance telles que les délais de carence de 1 an à 3 ans, des franchises, l'exigence d'un âge minimum et maximum de souscription.

Outre le manque d'attractivité des produits de l'assurance dépendance, les individus ont des préférences pour une solution collective. Selon l'enquête du CREDOC, les français opteraient pour une solution collective décidée au niveau national pour 48 % ou mixte pour 41 %, 9 % seraient pour une solution strictement individuelle (Lantié et al., 2011). Le taux de réponse varie selon les revenus du ménage : les revenus les plus élevés étant surreprésentés dans le choix d'une solution mixte ; les plus modestes donnant poids à une solution collective nationale. Les catégories sociales aisées seraient favorables à une nouvelle source de financement, si la solution nationale intervenait.

Selon le CREDOC (Lantié et al., 2011), 62 % des français connaissent l'existence de l'assurance dépendance, mais 28 % seulement s'y sont intéressés par une recherche d'information ou une souscription. La confrontation à la problématique de la perte d'autonomie améliore la connaissance des français, mais le prix est un frein. Selon les auteurs de l'article de l'IRDES (Fontaine and Zerrar, 2013), la rationalité limitée des individus en termes du risque dépendance et des produits disponibles, ainsi que les spécificités du risque en termes de coûts et de probabilité de réalisation, limiteraient le recours à une assurance dépendance.

Intuitivement, on a tendance à réduire les coûts de la dépendance aux coûts de la santé, qui reviennent à la sécurité sociale et à la complémentaire santé, s'estimant bien couvert. En réalité, on ne connaît pas bien le risque financier de la dépendance et le peu d'information disponible sur les produits d'assurance est pollué par l'incertitude des réformes en cours (les

21. Selon la FFSA, les trois quart des contrats dépendance souscrits sont collectifs, c'est-à-dire souscrit par une entreprise, une mutuelle ou une association.

pouvoirs publics parlent du risque dépendance depuis près de cinq ans).

Est-ce pour autant un déni, c'est-à-dire une minimisation volontaire de la probabilité de l'évènement dépendance ? On ne peut pas écarter le fait qu'un individu puisse refuser l'identification à une personne vieillissante surtout si elle a une mauvaise image dans la société. Mais il y a également la possibilité d'une incapacité financière à se prémunir du risque et une incapacité à établir un calcul rationnel.

Individuellement, le comportement des personnes peut s'expliquer à cause de :

- l'éloignement temporel entre la décision de s'assurer et l'évènement, ce qui augmente la préférence pour le présent d'autant que la souscription d'assurance engage sur plusieurs années. De plus le bénéficiaire est confronté à une incertitude financière ou une incertitude sur sa propre capacité financière à tenir les cotisations ;
- l'hypothèse que l'individu réalise mieux sa richesse en situation de non dépendance qu'en étant dépendant. Sous ce postulat, quel est alors l'intérêt de transférer du revenu vers une fin de vie dépendante ?
- la possibilité enfin que l'aide familiale informelle se substitue à l'assurance peut expliquer la désaffection envers les produits d'assurance. Mais à l'inverse, ne pas peser sur les proches peut inciter à choisir une assurance, par altruisme familial ou pour s'assurer que le patrimoine ne sera pas entamé lorsqu'il sera transmis aux enfants.

La rationalité limitée des individus constitue pour les pouvoirs publics une incitation à rendre obligatoire une assurance (publique ou privée) contre ce qui deviendrait un 5<sup>ième</sup> risque, pour une meilleure mutualisation des risques et pour optimiser les externalités positives notamment concernant le bien-être des aidants.

Du côté des sociétés d'assurances (Lantié et al., 2011), leur préférence pencherait vers des contrats collectifs. Le contrat individuel est peu intéressant et cher, puisque les risques ne sont pas mutualisés. Une diffusion du contrat collectif amoindrirait la sélection adverse par une couverture obligatoire pour tous, sans questionnaire de santé, avec des cotisations plus faibles puisque la durée de cotisation serait plus longue et qu'éventuellement l'entreprise pourrait abonder, créant donc une solvabilisation de la demande.

### **Peut-on imaginer des contrats collectifs qui veilleraient à la portabilité des droits ? ou par le biais d'une extension du champ de l'assurance maladie des PL ?**

Il y a fondamentalement une attente envers les pouvoirs publics à trancher urgemment cette question de la dépendance pour sortir de l'attentisme des assureurs, qui ont besoin de connaître la définition du risque et la part à charge que prendra l'État, pour lancer des produits plus adaptés, et des particuliers qui guettent les contours du dispositif final pour définir une stratégie de couverture des risques financiers (achat immobilier, produits d'assurance, etc. . .). On aurait un modèle où les prestations des assurances privées complèteraient les interventions de l'État (APA et autres aides).

Notons en premier lieu, que le gros risque de dépendance risque d'être alors reporté sur la collectivité par une demande d'une prise en charge d'un socle minimum par l'État.

En deuxième lieu, en ce qui concerne le paramètre de l'incertitude, les produits actuellement proposés reportent cette donnée sur les assurés, pour qui les questions se posent toujours : le risque de dépendance est-il important pour l'individu ? y a-t-il bénéfice à s'assurer par comparaison à la perte du pouvoir d'achat qui est certaine ? car la plupart des contrats collectifs (différents des produits d'épargne) ne fonctionnent que si la dépendance survient pendant la période d'activité, autrement ce sont des produits à fonds perdus.

Au-delà de la période d'activité, le contrat individuel prendrait le relais ; il y a donc complémentarité entre l'offre collective (qui doit être portable) et l'offre individuelle.

## 7.8 Conclusion

Nous avons vu dans ce chapitre quelques éléments nous permettant de comprendre comment se structurent les ressources des retraités indépendants en essayant de cerner les spécificités des professions libérales et de recenser quelles ressources pourraient compléter les pensions des professions libérales.

Les patrimoines relativement importants de ce groupe professionnel compensent la faiblesse des retraites, ils soutiennent les transferts vers les descendants, ils maintiennent leur consommation de services de santé, d'assurances etc. ... La moindre mutualisation des prestations retraite s'explique par un choix qui met en œuvre une confiance dans l'épargne de précaution et de prévoyance individualisée et un patrimoine professionnel et personnel accumulé tout au long de la vie. Cette structuration des ressources se modifie sous l'effet des changements dans la sociologie et dans la démographie des professions libérales, voir chapitre 2 et cette instabilité constitue un motif d'inquiétude pour ce groupe professionnel, tant il est vrai que le premier facteur de vulnérabilité des personnes âgées est l'insuffisance de revenus.

En outre, étant données les évolutions dans les structures familiales auxquelles les professions libérales n'échappent pas, la vulnérabilité des conjoints est à signaler, notamment quand le décès du professionnel survient. La loi sur les conjoints collaborateurs (2005) a mis en œuvre l'obligation d'un statut (conjoint collaborateur, salarié ou associé) à l'attention de ces travailleurs en reconnaissant leur participation dans l'entreprise et en veillant à leur offrir également une protection sociale personnelle, notamment vieillesse. Mais, plus souvent des femmes (89,2 % des cotisants conjoints collaborateurs des professions libérales sont des femmes) leur trajectoire de fin de vie peut aussi relever des situations de grande vulnérabilité, qui touchent les victimes d'isolement social en particulier si le conjoint n'a pas conservé son propre réseau de socialisation et s'est appuyé principalement sur le réseau professionnel de son époux/épouse décédé(e). A la tristesse d'une perte, s'ajoute une situation précaire du fait de la faiblesse des pensions de réversion cf. 7.3.2.

Enfin, les revenus des retraités des professions libérales déjà sollicités dans la sphère du privé (transferts familiaux descendants, dépendance, consommation de santé en raison de l'allongement de la durée de vie) sont également importants pour la vitalité et la stabilisation des économies locales. En effet, les pensions, comme les dépenses publiques (notamment sociales : santé, éducation, salaires publics et autres prestations sociales) sont un vecteur de transfert des flux financiers des économies productives vers les « économies résidentielles » et participent à l'équilibre et au dynamisme du tissu économique local (voir les travaux de Laurent DAVEZIES, professeur titulaire de la chaire « Économie et développement des territoires » ). La « consommation résidentielle », à laquelle participent notablement les flux de retraite dont on connaît la mobilité de leurs titulaires vers les espaces ruraux, aide à consolider les entreprises locales tournées vers la consommation de services et le tourisme lorsque les entreprises productives orientées vers l'exportation et les marchés industriels sont malmenées par la conjoncture (voir pendant la crise de 2009, l'emploi demeuré plus stable dans les régions de l'arc Cherbourg-Nice, par rapport au Nord Est de la France ).

C'est pourquoi, de ce point de vue il est aussi important de conserver ces revenus de transferts. Car un territoire qui n'est pas seulement « un facteur de croissance mais aussi un support de population, une communauté humaine pour laquelle le développement ne se décline pas en termes de « productivité des facteurs » ou de « coûts de transaction » , mais plus simplement en termes de revenu des ménages, d'emploi, de chômage ou de pauvreté (Davezies, 2008) ».

## Chapitre 8

# Pour conclure : communiquer, sensibiliser, rapprocher

### 8.1 La lutte contre les discriminations : âgisme

Arrivé presque au terme de ce travail autour des retraités des professions libérales, il nous faut constater :

- pour toutes les personnes âgées, une complexité dans les transitions et plus particulièrement dans la gestion du quotidien qui les attend au moment où elles doivent faire face à une diminution de leurs capacités ;
- un décalage entre l'image de la personne âgée et la réalité très hétérogène de cette population où l'ancienne profession influence les choix qu'elles prendront et le fait qu'à un âge donné, chaque individu a une attente différente et n'a pas le même pouvoir de contribution à la société.

Et pourtant, on observe l'existence d'obstacles basés sur l'âge, qui ne se justifient pas lorsqu'on porte un regard plus attentif aux capacités réelles et individualisées des personnes par ex : les droits différenciés aux mutuelles, au crédit bancaire, à l'emploi, au logement etc. . .

C'est une forme de discrimination où l'on préjuge des compétences de la personne, ses besoins ou son potentiel économique sur une base qui n'est pas objective. Elle est explicite quand elle s'exprime au travers de règles et de politiques ou implicite dans les coutumes. Quelle que soit sa forme, elle se manifeste pour la personne par la création d'un environnement intimidant, hostile, dégradant, insultant, voire humiliant qui la pousse à se mettre en retrait. Il y a l'idée, consciente ou non, d'un « effacement », par le biais d'un processus de diminution des droits, des statuts, des rôles sociaux et des fonctions (Vuriot-Durandal, 2012).

Or ces préjugés occultent les ressources culturelles et sociales, professionnelles des personnes âgées en entraînant des coûts pour l'ensemble de la communauté (dépenses qui auraient pu être évitées, mise à l'écart d'une productivité potentielle par exemple quand la personne ne peut prendre un poste de bénévole dans une association faute d'une couverture d'assurance). **Parmi ces retraités, les anciennes professions libérales ont non seulement le désir mais aussi des compétences à investir souvent bénévolement au service de la société.** Cela signifie qu'il faut changer les comportements pour renforcer les droits des personnes âgées.

Les discriminations liées à l'âge représentent un champ d'actions relativement récentes, dans la mesure où les autorités commencent seulement à réaliser l'ampleur du phénomène et que tout un chacun tend à minimiser cette forme de discrimination par rapport à d'autres. Elle gagne à être mieux connue, pour être mieux combattue, par les instances telles que le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) ou la HALDE (aujourd'hui le

### Défenseur des droits)<sup>1</sup>

Hors l'emploi, la plupart des plaintes concerneraient selon (European network of equality bodies, 2011) :

- l'accès aux assurances (voyages, voiture, pension, vie et santé) ;
- les services bancaires (crédits à la consommation, cartes de crédit, prêts, prêts hypothécaires et comptes bancaires) ;
- l'accès à d'autres services tels que le logement, la protection sociale, la prise en charge et les soins de santé.

Ces instances pourraient travailler sur les difficultés que les personnes âgées rencontrent face aux compagnies d'assurances qui ont tendance par ex. à individualiser les complémentaires santé en fonction des risques attachés aux assurés (tarification en fonction de l'âge des contrats individuels). Ce qui rend certains risques inassurables et nie les principes de solidarité intergénérationnelle. Le rapport BROUSSY (Broussy, 2013) rapporte un taux d'effort pour une complémentaire santé de 2,2 % pour un français contre 5,8 % pour une personne retraitée, avec une évolution défavorable pour cette dernière.

Il reste difficile de faire une loi spécifique aux personnes âgées, car l'âge fait apparaître une tension entre exclusion et protection. D'un côté, il peut être un obstacle à l'accès de certains services, mais d'un autre, il justifie la mise en œuvre de tarifs préférentiels sur d'autres biens et s'envisage alors comme un acquis social.

Pour sortir de cette complexité, l'article du sociologue Vincent CARADEC (Caradec et al., 2009), suggère de compléter ou de remplacer le critère de l'âge par **la notion de durée**, qui sans avoir disparue est de nouveau reconsidérée, ou par **le critère de compétences**, qui se concentre sur les savoirs accumulés au niveau individuel et renvoie à l'arrière-plan les caractéristiques sociales (le sexe, l'âge, l'origine).

Ces changements de paramètres permettent de faire le lien avec un projet dans lequel il serait nécessaire de révéler les trajectoires de vie des personnes âgées et **d'augmenter leurs compétences par l'éducation permanente ou la formation tout au long de la vie.**

Former les personnes et les informer sur leurs droits, leur ouvrir de nouveaux horizons passe par la valorisation de leurs instances de représentation, telles que le CNRPA au niveau national et les CODERPA<sup>2</sup> dans les départements, mais également d'autres représentations de la vie civile ou militante telles que les organisations non gouvernementales (ONG), associations et acteurs de la vie civile qui représentent les personnes âgées ou qui luttent spécifiquement contre la discrimination liée à l'âge, comme **l'Observatoire de l'âgisme**

---

1. Voir l'interview de Maryvonne LYAZID, adjoint aux défenseurs des droits, pour qui depuis 2005, les discriminations liées à l'âge sont en augmentation, soit 3 000 réclamations adressées à la HALDE, dont les 3/4 concernent l'accès aux formations professionnelles et à l'emploi. On notera l'élargissement progressif et nécessaire du champ de la discrimination de l'emploi à des catégories comme l'accès au logement (les sexagénaires se voient refuser des locations), au crédit et à l'assurance.

#### 2. Le Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA)

Créé en 1982, le CNRPA est une instance administrative consultative placée auprès du ministre chargé des personnes âgées. Il permet la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de solidarité nationale les concernant. Sa composition en fait le porte parole de 13 millions de retraités.

Il structure ses actions en cinq commissions thématiques définies par décret : 1-Commission territoriale, 2-Communication, 3-Prévention, autonomie, santé, 4-Ressources des retraités et 5-Retraités dans la société. Il anime dans les territoires des Commissions régionales et des comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA) placés auprès des conseils généraux. Jusqu'à présent orienté vers le médico social, le CNRPA pourrait étendre ses champs de compétences aux logements, à la politique des transports, à la question d'urbanisme, de culture etc. . .

**Les CODERPA** sont des lieux de dialogue, d'information, de proposition et de consultation sur les projets d'application territoriale des textes réglementaires. Ils sont composés de 16 représentants d'associations et organisations de retraités à l'image de celles retenues dans la composition du CNRPA.

(www.agisme.fr). Ces dernières souffrent d'un manque de moyens alors qu'elles jouent un rôle important en tant que partenaires d'instances telles le **Défenseur des droits** promouvant l'égalité pour les personnes âgées. D'autant que l'on peut observer une sous-déclaration des faits de discrimination liées à l'âge, par manque de connaissance des conditions de vie des personnes âgées, ou en raison de l'indulgence de la société pour ce genre de discrimination.

« [Un] travail de communication passerait par la production de rapports annuels, de bulletins d'informations, la publication et la diffusion de brochures, des sites web, la collaboration avec les ONG, l'organisation d'événements de formation, de débats et de conférences, des campagnes médiatiques et des communiqués de presse et des campagnes d'éducation des citoyens dans les lieux publics. » (European network of equality bodies, 2011)

## 8.2 Pour une aide et une gouvernance de proximité...

Individuellement, lorsqu'une personne âgée ou sa famille rencontre un problème, elle est en face d'une multiplicité d'acteurs, dont les actions ne sont pas coordonnées et dont les réponses sont peu lisibles au sein d'un même secteur (ville, établissement de santé, secteur médico social, etc...) *a fortiori* entre les secteurs. Il existe des dispositifs de coordination mais leur champ est limité soit au social, soit au médical sur des territoires, où les décideurs et les financeurs sont différents (assurance maladie, conseils généraux, État).

Il faut savoir que les dispositifs à l'attention des personnes âgées sont déployés par :

- l'État, qui arbitre les enveloppes budgétaires accordées aux Agences régionales de santé (ARS) ;
- le conseil général, en tant qu'instance territoriale principale, chargé de la politique de prise en charge des seniors, par ex. son président élabore les schémas départementaux en concertation avec le Préfet et d'autres partenaires, et organise le déploiement de l'APA. Au niveau du département, les personnes âgées sont représentées par le comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) en tant qu'**instance consultative** auprès du président. Ce dernier fixe par décret sa composition et ses modalités de fonctionnement ;
- les communes qui n'ont pas de compétences légales sur la politique des personnes âgées, mais qui sont parfois gestionnaires d'établissements publics comme les maisons de retraite *via* le Centre communal d'action sociale (CCAS).

Or pour une prévention efficace, ces acteurs de proximité doivent être coordonnés en amont. La mise en œuvre des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLICS) ou la désignation d'un coordinateur unique (en projet pilote) ont été mis en œuvre pour s'attaquer au problème. Mais, ces dispositifs semblent encore peu structurés et ne semblent pas avoir été légitimés par l'ensemble des services d'un territoire pour suivre la personne âgée tout au long de son parcours. Leur existence a été impactée par l'émergence des MAIA ou maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer<sup>3</sup>.

### 8.2.1 Les villes

Les villes sont les premières instances et les plus accessibles aux personnes âgées. Elles devraient jouer un rôle plus important. Par ailleurs, bien qu'il n'existe pas de base légale de leur intervention dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées, **les communes mettent en place de leur propre initiative des actions sociales et des services**. Selon l'Association des maires de France, les interventions se concrétisent de préférence par la création d'équipements et de services. Selon la DREES (Dutheil, 2002), quelle que soit leur

---

3. Mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012, financée et évaluée par l'ARS.



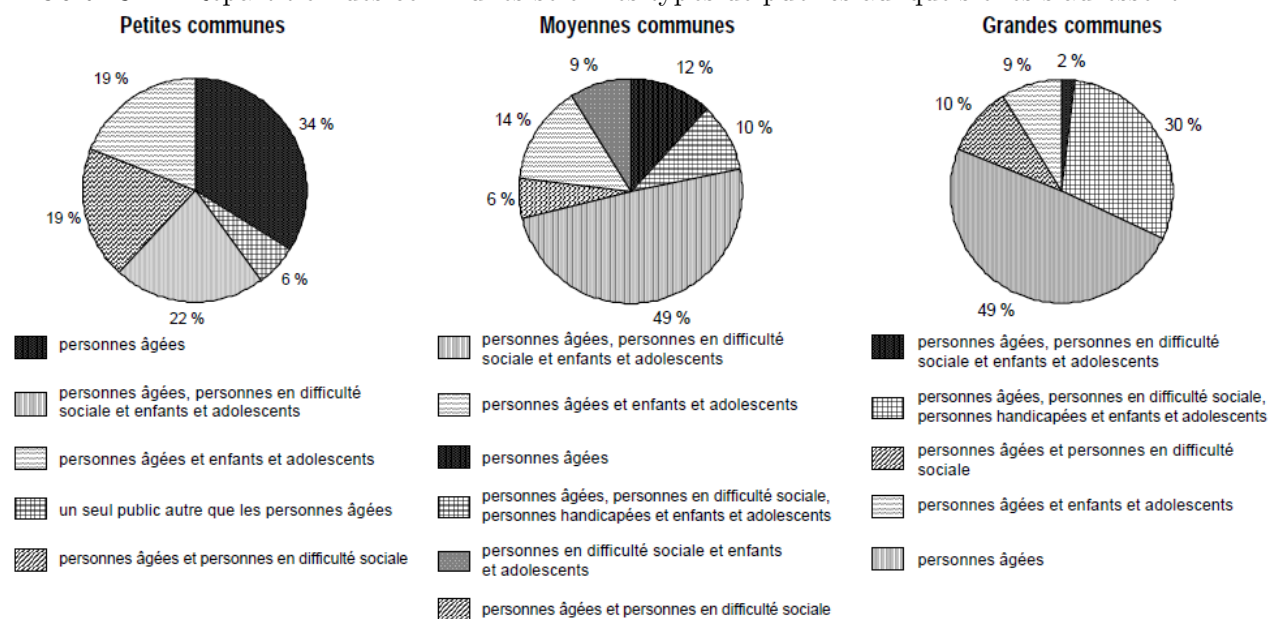
TABLE 8.1 – Proportion (%) des communes déclarant mener une action sociale envers...

	Petites communes			Communes moyennes			Grandes communes
	Zone urbaine	Zone rurale	Ensemble	Zone urbaine	Zone rurale	Ensemble	
Les personnes âgées	85	70	77	79	87	81	97
L'enfance	41	32	37	84	76	82	86
Les personnes en difficulté sociale	45	34	38	71	84	74	74
Les personnes handicapées	-	-	-	15	8	14	36

Source : DREES – enquête Action sociale des communes, 2002 dans (Dutheil, 2002)

taille, huit communes sur dix déploient des politiques en direction des personnes âgées voir le tableau 8.1. Le budget qui leur est consacré les place toujours au cœur de leur action avant les personnes en difficulté sociale, le champ de l'enfance et de l'adolescence et les personnes handicapées.

FIGURE 8.1 – Répartition des communes selon les types de publics auxquels elles s'adressent



Note : ces répartitions sont calculées à partir des communes déclarant au moins une activité à destination d'un de ces quatre publics.

Source : DREES – enquête Action sociale des communes, 2002, dans (Dutheil, 2002)

Actuellement, ce sont les grandes communes (plus de 10 000 habitants) qui interviennent souvent dans le champ de la gériatrie (par ex. le portage de repas, la gestion d'un logement-foyer, le service d'aide ménagère). L'utilisateur est mis en contact par les services d'un guichet unique.

En raison de leur proximité physique avec leurs citoyens, elles pourraient élargir et structurer leur action en mettant en place l'équivalent des PMI<sup>4</sup> pour les personnes âgées et leurs aidants, qui trouveraient en ces lieux de proximité, conseils, information, formation, accompagnement, sécurité et aides diverses... plus des actions portant sur la culture, l'animation,

4. Protection maternelle infantile

la socialisation, les excursions, l'organisation de vacances, les activités sociales, l'éducation et la formation, la sensibilisation à leurs droits (lutte contre la maltraitance, etc. . .).

Le programme de l'OMS, « Villes amies des aînés » (VADA), lancé en 2010, tente ainsi de les mettre en avant et de les sensibiliser en tant que première collectivité en contact direct avec cette population.

Le programme a été créé, en 2006-2007 pour aider les villes à se préparer à faire face au vieillissement<sup>5</sup> de plus en plus accéléré des populations et à l'intensification urbaine. Sur la base d'un guide à l'attention des associations, des particuliers et des personnes âgées qui souhaitent s'impliquer dans le projet d'amélioration de leur environnement, huit champs sont investis, dans lesquels doivent s'engager les autorités locales, en terme d'évaluation et d'amélioration :

- les espaces,
- les transports,
- les logements,
- la participation sociale,
- le respect et l'inclusion sociale,
- la participation citoyenne et l'emploi,
- la communication et l'information,
- le soutien communautaire et les services de santé.

« Concrètement, une ville-amie des aînés adapte ses structures et ses services afin que les personnes âgées aux capacités et aux besoins divers puissent y accéder et y avoir leur place. » (Organisation mondiale de la santé, 2007). Il est alors indispensable de savoir ce dont les citoyens âgés eux-mêmes ont besoin. Leur consultation et leur participation est nécessaire. Il s'agit pour les villes en premier lieu, de les informer, de les aider, les conseiller sur leurs droits civiques.

### 8.2.2 ... qui font participer les personnes âgées

La mise à l'écart des personnes âgées a surtout été étudiée et combattue par la jurisprudence du point de vue de l'emploi et de la formation, en lien avec les objectifs de la Commission européenne sur l'emploi des seniors et le vieillissement actif (Caradec et al., 2009). Or nous avons vu qu'elles étaient aussi confrontées à la discrimination dans d'autres domaines que l'entreprise, des domaines de la vie en société, notamment liés aux processus décisionnels et au dialogue civil. Les personnes âgées se sentent exclues des débats sociaux et des courants politiques, ce qui montre les lacunes de la démocratie représentative (par rapport à la représentation de leurs besoins et de ce qui les concerne).

A l'instar du projet comme celui de l'OMS qui encourage le dialogue entre les personnes âgées et les autorités des villes, les pouvoirs publics pourraient avoir un rôle plus positif d'inclusion civile et sociale des personnes âgées en leur demandant d'être plus contributives *via* des ONG, sous peine de promouvoir une prise en charge passive des problèmes alors qu'une action pro-active aurait des résultats plus probants. Comme par ex. (AGE - Plateforme européenne des personnes âgées, 2006) :

- consulter d'avantage les groupes de personnes âgées et de travailler en plus grande proximité avec eux ;
- améliorer l'accès à l'éducation et à la formation tout au long de la vie, afin que les personnes âgées puissent définir des orientations pour chaque domaine de leur vie et participer aux discussions politiques pertinentes.

---

5. Sachant que les actions de prévention envers les plus âgées génèrent des retombées positives qui profitent également aux autres habitants des villes : les enfants, les familles, les personnes handicapées, et créent un milieu sécurisant favorable à la participation sociale et à la civilité.

- demander lorsqu’un projet de loi est examiné que les problématiques des discriminations (sexe, âge, etc. . .) soient systématiquement intégrées dans les évaluations.
- encourager le développement de la recherche et de données statistiques sur le vieillissement.

Les personnes âgées, en particulier les professions libérales, veulent apporter leur voix et leur expérience sur leurs sujets et d’autres plus généraux. Notamment, elles doivent être consultées à propos de services locaux mis en œuvre à leur destination afin de mieux prendre en compte leurs besoins, leurs préférences, leurs contributions et leurs compétences.

La CNRPL et ses comités locaux représentant les membres retraités et leurs ayants-droit des professions libérales doivent pouvoir être consultés et pouvoir faire entendre leurs voix.



# Bibliographie

- (2005). *Dimension socio-économique du vieillissement*, volume Actes de la journée. AGIRC ARRCO.
- AGE - Plate-forme européenne des personnes âgées (2006). Vers une société européenne pour tous les âges. Déclaration à l'occasion de l'année européenne 2007 de l'égalité des chances pour tous.
- AGE - Plate-forme européenne des personnes âgées (2011). Année européenne pour le vieillissement actif et pour la solidarité intergénérationnelle.
- Algava, E., Cavalin, C., and Célérier, S. (2013). La singulière bonne santé des indépendants. *Travail et emploi*, (4) :5–20.
- Algava, E. and Kittel, F. (2011). *Stress au travail et santé Situation chez les indépendants : synthèse et recommandations*. Une expertise collective de l'Inserm.
- Andrieux, V. and Chantel, C. (2013). Espérance de vie, durée passée à la retraite. Technical Report 40, DREES.
- Auzzino, D. T. (2009). La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en ehpad. *Gérontologie et société*, (4) :99–121.
- Bac, C. and Gaudemer, C. (2012). Actif au rsi et retraité au régime général - évolution de cette situation de cumul entre 2008 et 2010. *Zoom sur...*, (64).
- Baillieux, Y., Chaillot, G., and Benoteau, I. (2013). Les services à la personne, davantage sollicités dans les zones rurales et âgées. *Insee première*, (1461).
- Banque de France and Direction de la Communication (2012). Le surendettement des particuliers. Note d'information 134, Banque de France.
- Beffy, M. (2006). Moins d'artisans, des professions libérales en plein essor. In *France portrait social*. INSEE.
- Bigand, L., Caser, F., Huyez, G., Parlier, M., and Raoult, N. (2009). Les bonnes pratiques en entreprises en matière de maintien et de retour en activité professionnelle des seniors. Technical report, ANACT.
- Boulmier, M. (2009). L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : un chantier d'avenir. Technical report, La documentation française. Rapport remis au Secrétaire d'Etat au logement et à l'Urbanisme.
- Bourdessol, H., Dupont, O., Pin, S., Signorini, ., Verheye, J.-C., and Vincent, I. (2011). Les sessions de préparation à la retraite. un enjeu citoyen. Technical report, Inpes, coll. Santé en action.
- Branchu, C., Voisin, J., Guedj, J., Lacaze, D., and Paul, S. (2009). État des lieux relatifs à la composition des coûts mis à la charge des résidents des ehpad. Technical report, IGAS.
- Bérardier, M. (2012). Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement. *Études et résultats*, (823).

- Bérardier, M. and Clément, E. (2011). L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (apa) de 2002 à 2009 - série révisée. *Études et résultats*, (780).
- Broussy, L. (2013). L'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. Technical report, Mission interministérielle.
- Burdin, M. and Ruget, A., editors (2006). *Le vieillissement des populations Quelles approches pour quelles politiques ?*, volume les entretiens du Predat de Bourgogne. PREDAT de Bourgogne.
- Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales. Recueil statistique.
- Caradec, V. (2010). Les comportements résidentiels des retraités. quelques enseignements du programme de recherche «vieillesse de la population et habitat». *Espace populations sociétés*, 1.
- Caradec, V., Poli, A., and Lefrançois, C. (2009). Les discriminations liées à l'âge, entre exclusion et protection. *Mouvements*, (3) :11–23.
- CARPIMKO and LH2 (2008). Enquête sur la pénibilité des auxiliaires médicaux.
- Carvalho, L. (2010-2011). Maltraitance financière envers les personnes âgées à domicile. Master's thesis, Université Dauphine-Paris.
- Chaput, H., Kim, K. L., Salembier, L., and Solard, J. (2011). Les inégalités de patrimoine s'accroissent entre 2004 et 2010. *Insee Première*, (1380).
- Chatelot, J. and Geoffroy, B. (2013). Évaluer et suivre la santé au travail : les cohortes coset-rsi et coset msa. In *Le travail indépendant : santé et condition de travail*. CEE and le Centre Pierre Naville and le Gestes.
- Colombet, C. (2011). L'adaptation du parc de logements au vieillissement et à la dépendance. *Note d'analyse*, (245).
- Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées et adultes handicapés (2008). *Gestion des risques de maltraitance, méthodes, repères, outils*. Secrétariat d'Etat chargé de la solidarité, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité.
- Cour des comptes (2011). La réforme de la protection juridique des majeurs. Technical report, Cour des comptes.
- Cremer, E. (2004). Être retraité : tourner la page du travail. *INSEE Première*, (979).
- Cusset, P., Wisnia-Weill, V., and Jelloui, M. B. (2013). L'évolution des transferts entre les générations en France depuis trente ans : une autre lecture de la dépendance. Technical report, Commissariat général à la stratégie et à la prospective.
- Davezies, L. (2008). *La République et ses territoires : la circulation invisible des richesses*. Seuil.
- Debout, C. (2010). Caractéristiques démographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'apa. *Études et résultats*, (730).
- Defrost, P., Laffon, P., and Imbaud, D. (2013). Évaluation du régime de l'auto-entrepreneur. Technical report, IGAS.
- Delattre, E. and Samson, A. (2012). Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes? *Économie et statistique*, INSEE, (455-456).
- Desiège, L., Duhautois, R., and Redor, D. (2010). A study of young firm dynamics - transition from zero to one employee or more.

- Direction générale des affaires sociales (2005). La politique nationale de protection des personnes vulnérables l'épuisement des professionnels et des aidants. *DGAS*.
- Dormont, B. and Samson, A. (2009). Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations. *Économie et statistique*, (414).
- Dutheil, N. (2002). L'action sociale des communes, 1<sup>iers</sup> résultats. *Études et résultats*, (195).
- Ennuyer, B. (2009). Quelles marges de choix au quotidien. quand on a choisi de rester à son domicile? *Gérontologie et société*, (4) :63–79.
- European network of equality bodies (2011). Combattre l'âgisme et la discrimination fondée sur l'âge.
- Faurié, I. (2011). Quand le vieillissement réinterroge l'emploi et le travail. *Céreq*, page 23.
- Fontaine, R. and Zerrar, N. (2013). Comment expliquer la faible disposition des individus à se couvrir face au risque de dépendance? une revue de littérature. *Question d'économie de la santé*, (188).
- Fournier, C. (2003). Développer la formation des seniors? deux questions préliminaires : Repenser la formation continue. *Formation emploi*, (81) :37–49.
- Fournier, C. (2010). Former les seniors, un objectif à reformuler. *Bref/Centre d'Études et de Recherches sur les Qualifications (Marseille)*, (octobre 2010), 278 :1–4.
- Gaudemer, C. (2012). Les retraités du rsi parmi l'ensemble des retraités français à fin 2008. *Zoom sur...*, (66).
- Gaudemer, C., Glénat, M., and Koch-Mathian, M. (2011). La création d'activité par les seniors. *Zoom sur...*, (57).
- Gilles, C. (2012). L'emploi des femmes et des hommes dans la crise : les effets de la segmentation du marché du travail. *La note d'analyse*, (312).
- Gimbert, V. and Godot, C. (2010). Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Technical Report 28, Conseil d'analyse stratégique.
- Godot, C. (2010). Modèles de carrières et logique de fin de vie active : quelles leçons de la comparaison européenne? *Note de veille*, (186).
- Govillot, S. and Rey, M. (2013). Rechercher et retrouver un emploi après 55 ans. *Emploi et salaires - Insee Références*.
- Gravel, S., Beaulieu, M., and Lithwick, M. (1997). Quand vieillir ensemble fait mal : les mauvais traitements entre conjoints âgés. *Criminologie*, 30(2) :67–85.
- Guibert, P. and Mergier, A. (2012). La minorité silencieuse : étude sur les retraités.
- Guillemard, A. (2007). Pourquoi l'âge est-il en France le premier facteur de discrimination dans l'emploi? *Retraite et société*, (2) :11–25.
- Hebel, P. and Lehuède, F. (2010). Les seniors une cible délaissée. *Consommation et modes de vie*, (229).
- Henrard, J. (2007). Répondre à la dépendance et aux handicaps : 5e risque ou 5e branche de sécurité sociale? *Gérontologie et société*, (4) :213–227.
- Hurley, J., Storrie, D., and Jungblut, J. (2011). Shifts in the job structure in Europe during the great recession. Technical report, European foundation for the improvement of living and working conditions.
- INSEE (2010). Revenus et patrimoine, enquête patrimoine 2010.
- Koch-Mathian, M. (2008). Les spécificités des indépendants dans l'aspiration à la retraite. *Zoom sur...*, (22).

- Koskas, A., Desjardins, V., and Médioni, J. (2011). Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Technical report, Médiateur de la République.
- Lacour, C. (2009a). Droit et vulnérabilité. Sous-commission du droit des majeurs vulnérables.
- Lacour, C. (2009b). La personne âgée vulnérable : entre autonomie et protection. *Gérontologie et société*, 131(4) :187–201.
- Landry, J. (2013). Alzheimer, troubles cognitifs et vieillissement, l'impact sur la responsabilité professionnelle. *Journal du Barreau du Québec*.
- Lantié, S., Loones, A., and Rose, N. (2011). Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement, regards croisés des acteurs du secteur. *Cahier de recherche du CREDOC*, (286).
- Lorenzi, J., Masson, A., Xuan, H., Kouadio, R., and Perdrizet, W. (2012). Note de synthèse : les transferts intergénérationnels en France, un état des lieux. Technical report, Chaire Transitions démographiques, transitions économiques.
- Malpot, J. and Missègue, N. (1996). Patrimoine des indépendants : une autre logique d'accumulation. *Economie et statistique*, 296(1) :91–112.
- Masson, A. (2012). Le viager : une épargne pour les vieux. In *Les générations au cœur des politiques économiques*. Chaire transitions démographiques, transitions économiques and Caisse des dépôts et consignations.
- Mercat-Bruns, M. (2007). La réforme des incapacités : un premier pas. *Retraite et société*, (3) :158–162.
- Ministère de la Justice et des Libertés, Direction des affaires civiles et du Sceau, and Pôle d'évaluation de la Justice Civile (2012). Statistique sur la profession d'avocat, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2012.
- Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale (2011). Les aides légales à la gestion du patrimoine et à la protection de la personne. Guide pratique.
- Moysan-Louazel, A. and Podevin, G. (2008). Une nouvelle dynamique des marchés du travail réglementés, à l'aune de trois professions. *Formation emploi*, (102) :5–19.
- Nogue, N. (2010). Le chômage des architectes 2010. Ordre des architectes.
- Ordre des architectes and Observatoire de la profession (2012). Comment les architectes résistent-ils à la crise? les principaux enseignements de l'étude menée en juillet 2012. *Les cahiers de la profession*, (45).
- Ordre des experts comptables (2006). Transmission des cabinets d'expertise comptables, méthodologie et outils.
- Organisation mondiale de la santé (2007). Guide mondial des villes-amies des aînés. 20 Avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse.
- Peretti-Watel, P. (2006). Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide. *Economie et statistique*, 391(1) :115–130.
- Philippe, C. (2012). Un droit pour les seniors? *Gérontologie et société*, (4) :143–171.
- Pinville, M. (2013). Relever le défi politique de l'avancée en âge, perspective internationale. Technical report, Service du premier ministre.
- Plisson, M. (2012). La dépendance face au vieillissement. In *Vieillesse et perspective de croissance*. Transitions démographiques, transitions économiques.



- Projet de loi de finances 2013. Annexe au projet de loi de finances pour 2013, formation professionnelle.
- Prévot, J. (2009). Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. *Études et résultats*, (699).
- Rahola, A. (2011). Synthèse du débat national sur la dépendance.
- Raymond, M., Roussille, B., and Srohl, H. (2009). Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées. Technical report, IGAS.
- Roussel, V., Vollet, D., and Herviou, S. (2005). La géographie du vieillissement en France sous l'influence des migrations : Quand les vieux des villes remplacent les jeunes des villages. *Population & Avenir*, (5).
- Shane, S. (2009). Why encouraging more people to become entrepreneurs is bad public policy. *Small Business Economics*, 33(2) :141–149.
- Shon, J. P. K. (2003). Isolement social et mal-être. *INSEE première*, (931) :1–4.
- Sirven, N. and Godefroy, P. (2009). Le temps de la retraite est-il improductif? *Retraite et société*, (1) :75–97.
- Solard, C. and Lelièvre, M. (2013). Le niveau de vie des personnes âgées de 1996 à 2009. *Les revenus et le patrimoine des ménages*.
- Soulage, F. and Becqué-Corcos, L. (2012). Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale - groupe de travail "inclusion bancaire et lutte contre le surendettement". Technical report, Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Vasselle, A. (2008). Construire le cinquième risque : le rapport d'étape. Technical Report 447, Mission commune d'information dépendance - Sénat.
- Vasselle, A. (2011). Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. Technical Report 263, Sénat.
- Vuriot-Durandal, J. (2012). Le *pouvoir gris* du lobbying au pouvoir sur soi. *Gérontologie et société*, (4) :23–38.
- Weber, F. (2013). *5 crises, 11 nouvelles questions d'économie contemporaines*, chapter La dépendance. Albin Michel.
- Weber, M. and Verollet, Y. (2011). La dépendance des personnes âgées. Technical Report 2011-03, CESE.



## Annexe A

# Organisation de la CNAVPL

La Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (Cnavpl) fédère les dix caisses de retraite complémentaire des professions libérales, dénommées sections professionnelles. La Cnavpl et ses sections professionnelles constituent l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales.

La Cnavpl est un organisme de droit privé chargé d'une mission de service public, sans but lucratif. Organisme de sécurité sociale, elle est soumise à la tutelle administrative du Ministère des affaires sociales et de la santé.

**Notaires** CRN, Caisse de retraite des notaires

**Officiers Ministériels** CAVOM, Caisse d'assurance vieillesse des officiers ministériels, des officiers publics et des compagnies judiciaires

**Médecins** CARMF, Caisse autonome de retraite des médecins de France

**Chirurgiens dentistes et Sages-femmes** CARDCSF, Caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes et des sages-femmes

**Pharmaciens** CAVP, Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens

**Auxiliaires Médicaux** CARPIMKO, Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthopédistes

**Vétérinaires** CARPV, Caisse autonome de retraites et de prévoyance des vétérinaires

**Agents Généraux d'assurance**

**Vétérinaires** CAVAMAC, Caisse d'allocation vieillesse des agents généraux et des mandataires non salariés de l'assurance et de la capitalisation

**Experts Comptables et comptables agréés** CAVEC, Caisse d'assurance vieillesse des experts-comptables et des commissaires aux comptes

**Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse** CIPAV, Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse

## Annexe B

# Revenus des indépendants

Secteur d'activité en 2009	Revenu d'activité (euros)		Proportion de revenus nuls (%)	Rapport interquartile	Rapport D9/médiane	Répartition des non-salariés (%)
	Moyenne	Médiane				
Industrie	26 110	16 640	10,9	6,3	3,6	4,3
Construction	28 270	21 170	7,1	3,1	2,6	14,3
Commerce	26 310	14 860	12,4	8,3	4,2	21,2
Commerce automobile	25 440	18 530	11,3	4,1	2,8	2,3
Commerce de détail	18 650	10 150	12,9	10,4	4,1	11,8
Commerce de gros	29 690	16 370	19,8	15,4	4,4	3,2
Commerce pharmaceutique	87 570	72 020	2,4	2,9	2,4	1,3
Métiers de bouche	27 660	21 330	6,8	3,2	2,6	2,7
Services	40 130	21 690	9,9	6,4	4,5	54,9
Transports	22 200	15 020	8,2	3,0	2,9	2,9
...dont Taxis	17 240	13 080	3,9	2,1	2,4	1,5
Hébergement et restauration	20 910	13 330	14,1	5,3	3,3	7,9
Information et com.	29 380	15 760	18,6	17,0	4,6	1,8
... dont Act. informatiques	31 800	19 060	14,7	9,9	4,0	1,1
Act. financières et d'assu.	59 000	39 680	12,3	7,4	3,4	1,4
Activités immobilières	24 630	10 850	28,5	-	5,6	1,8
Act. spé. scientifiques et tech.	52 340	29 380	11,2	6,6	4,2	10,2
...dont Prof. juridiques	90 580	54 060	3,1	4,0	3,7	2,8
Act. de serv. adm. et soutien	26 800	13 960	17,8	12,5	4,6	2,3
Enseignet. et Adm. publique	16 760	10 380	10,5	6,4	3,6	2,4
Santé humaine et action soc.	62 220	46 430	2,5	3,2	2,8	16,9
...dont Prof. lib. de santé	65 290	49 210	1,9	3,0	2,7	15,7
Autres act. de services	15 000	10 190	11,2	4,8	2,8	7,4
...dont Arts, spectacles et act. récréatives	14 530	4 860	19,5	20,8	6,4	1,4
...dont Services personnels	14 790	11 150	9,1	3,6	2,5	5,0
Indéterminés	26 830	10 350	31,6	-	6,6	5,3
<b>Total hors auto-entrepreneurs</b>	34 190	18 960	11,2	6,1	4,3	100,0
Auto-entrepreneurs	2 660	930	18,1	25,0	8,4	-
<b>Total y compris auto-entrepreneurs</b>	31 610	17 010	11,8	9,2	4,5	-

Source : INSEE, base TNS

## Annexe C

# Charte des droits et liberté de la personne âgée, en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

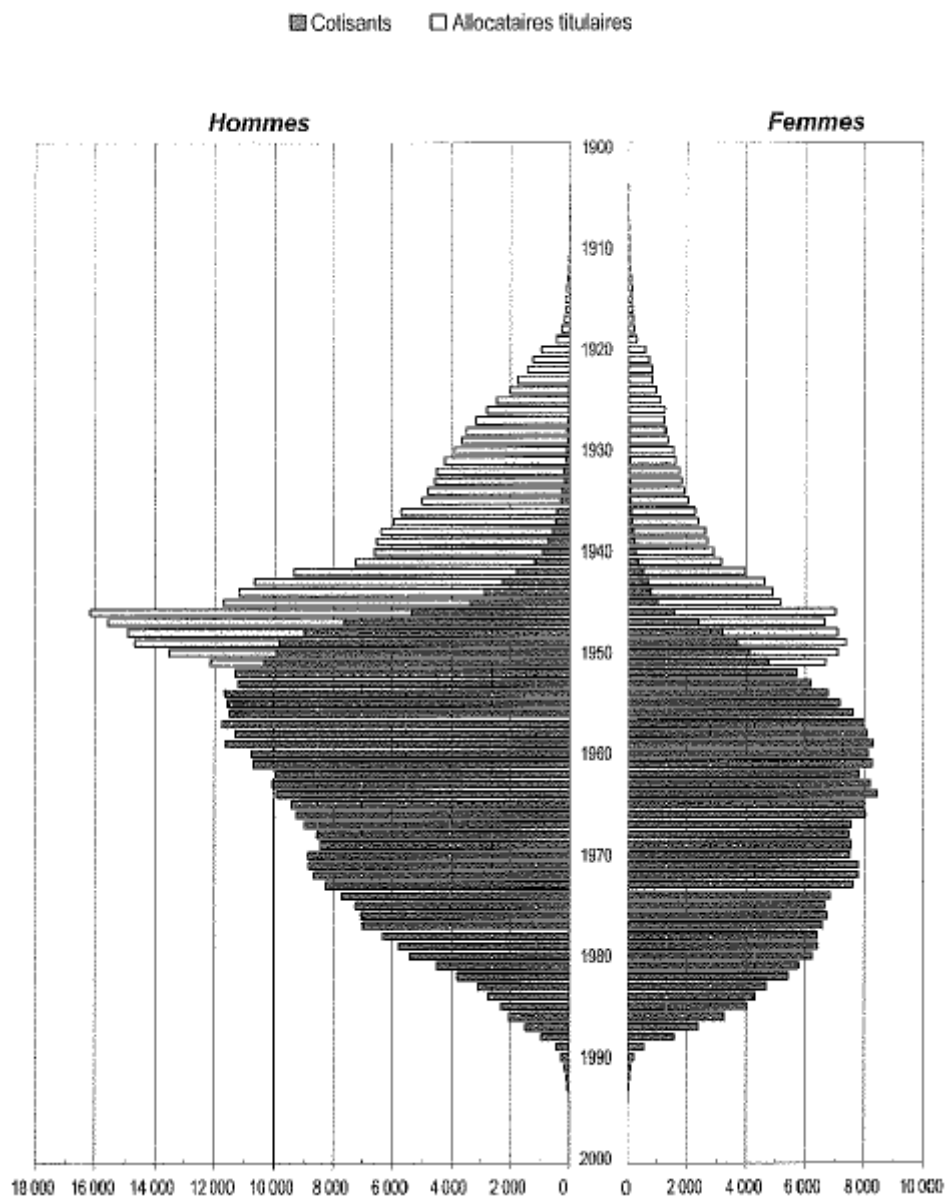
14. L'information L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

Source : Fondation nationale de gérontologie, Ministère de la cohésion et des affaires sociales, Version révisée 2007

## Annexe D

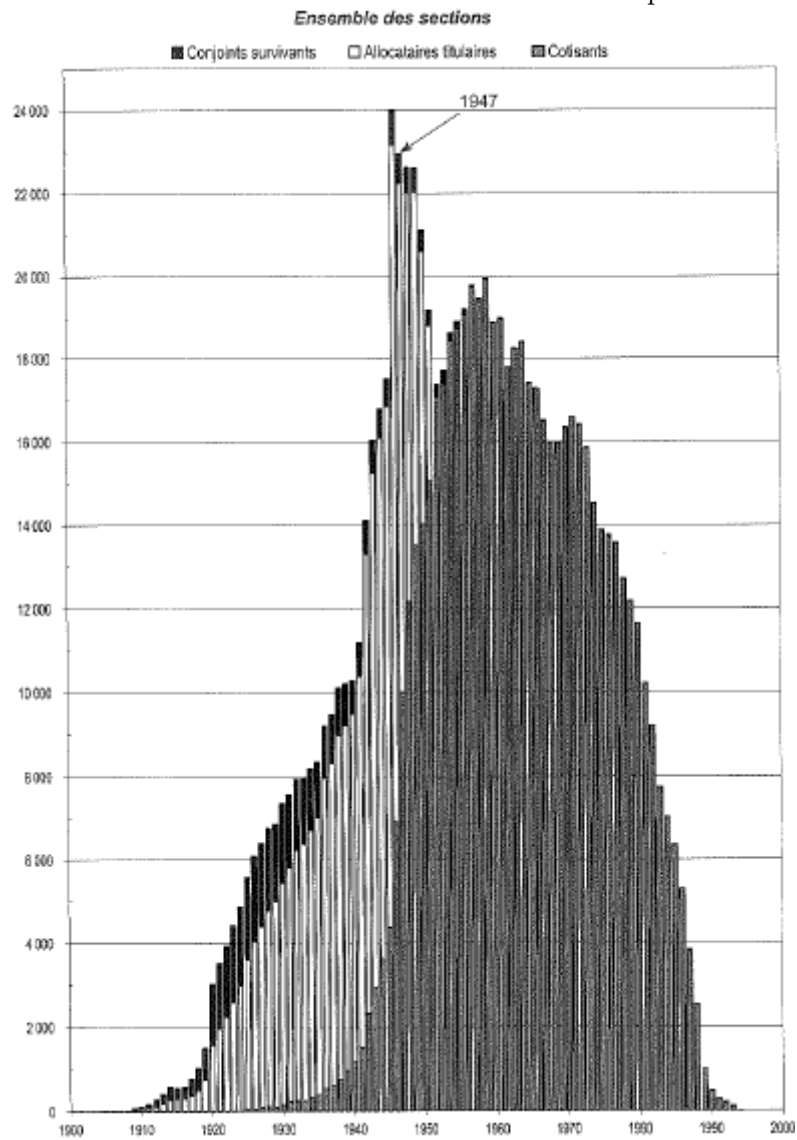
# Les pyramides des âges

FIGURE D.1 – Ensemble des affiliés de la CNAVPL, répartition hommes/femmes au 30 juin 2012



Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012

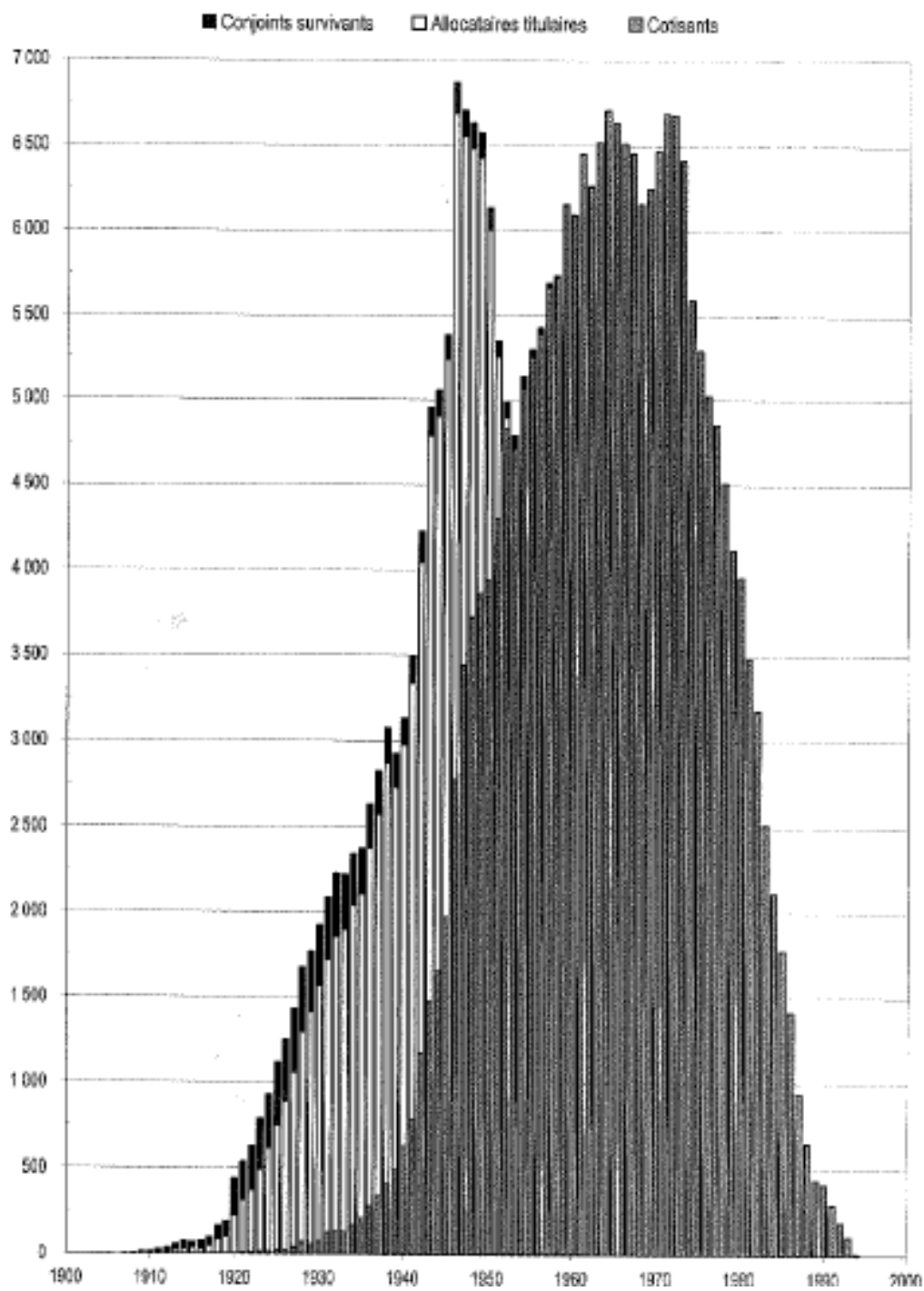
FIGURE D.2 – Ensemble des affiliés aux caisses complémentaires



Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012

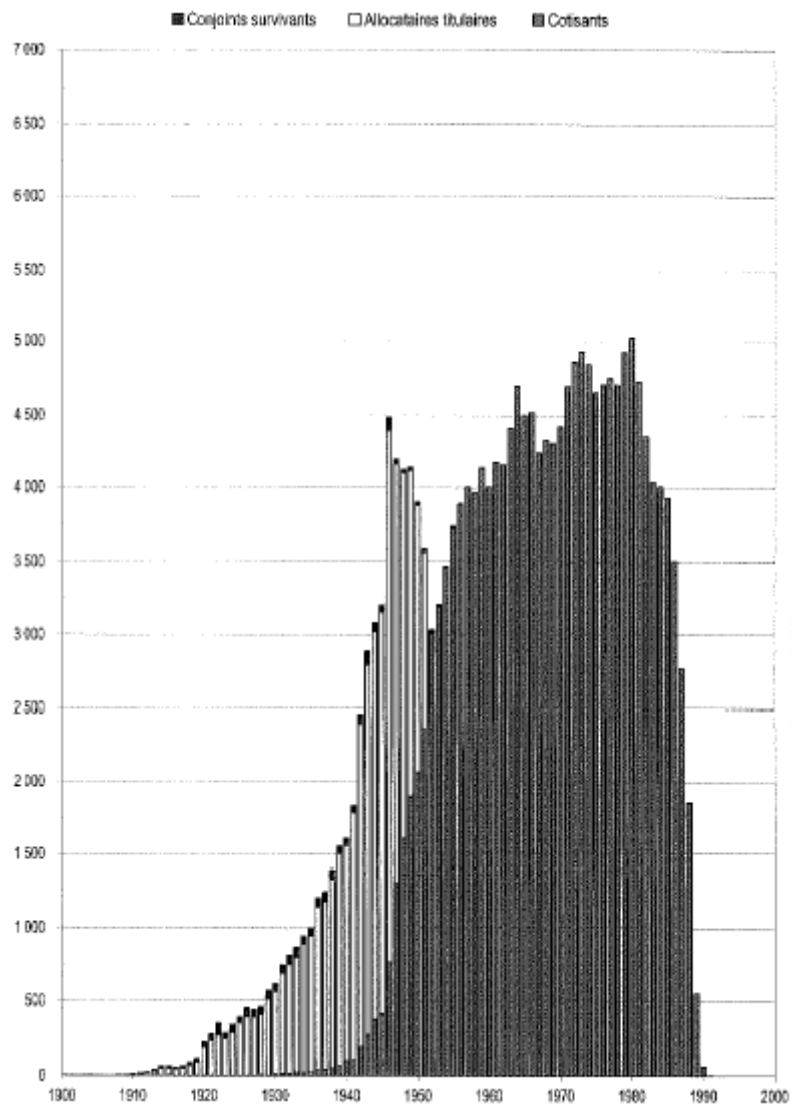


FIGURE D.3 – Affiliés à la CIPAV - caisse interprofessionnelle



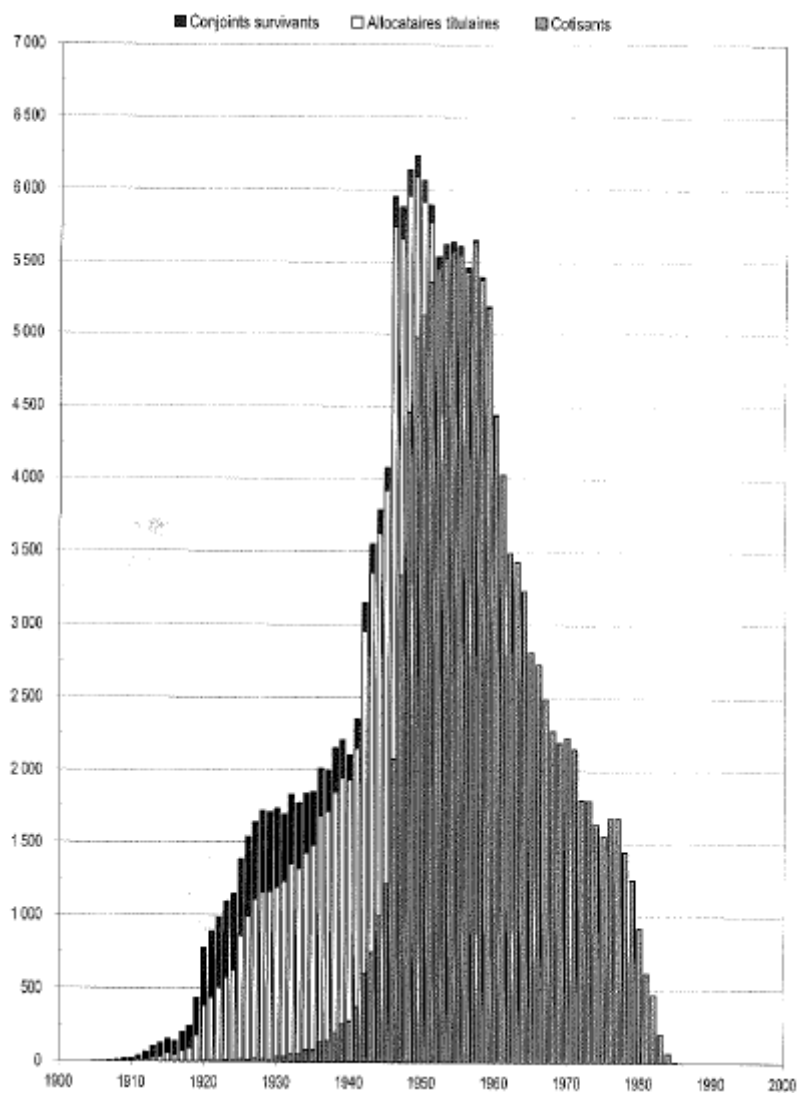
Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012

FIGURE D.4 – Affiliés à la CARPIMKO - auxiliaires médicaux



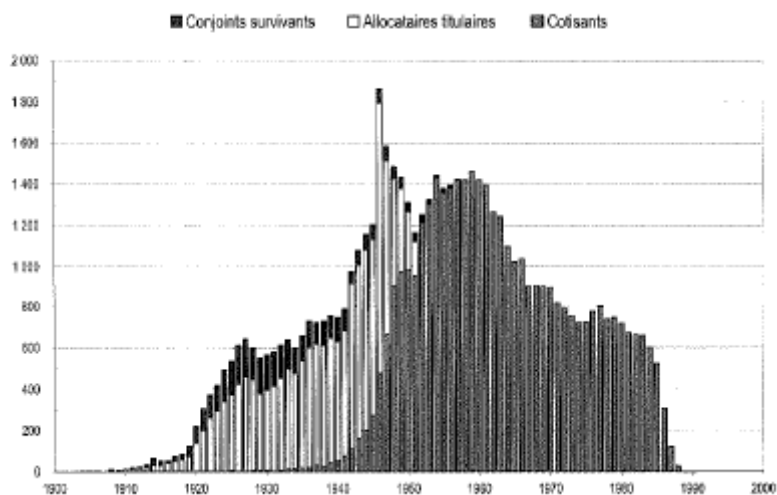
Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012

FIGURE D.5 – Affiliés à la CARMF - médecins



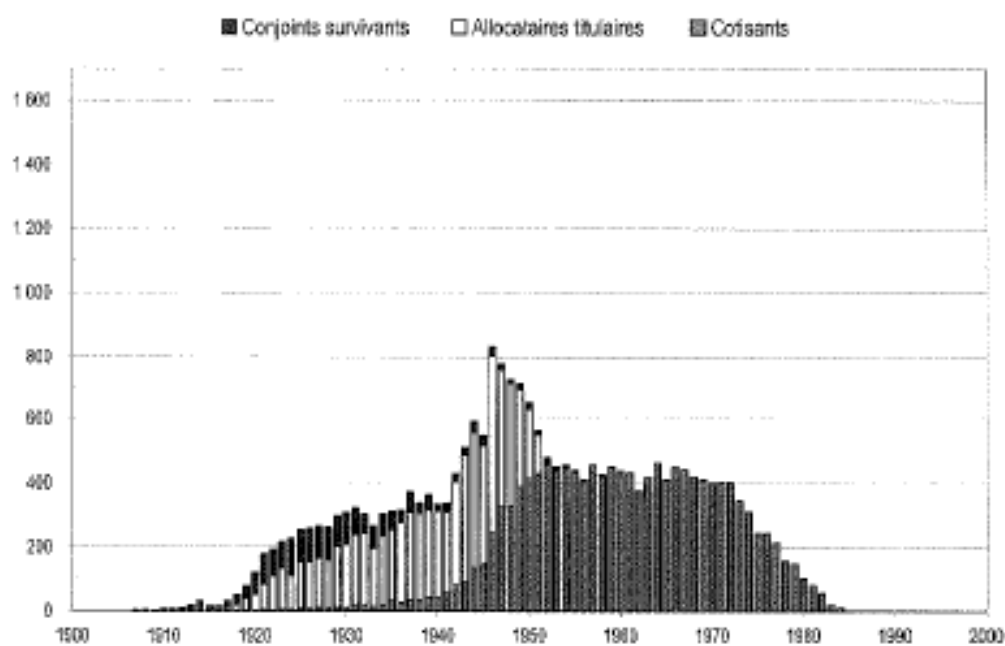
Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012

FIGURE D.6 – Affiliés à la CAVP - pharmaciens



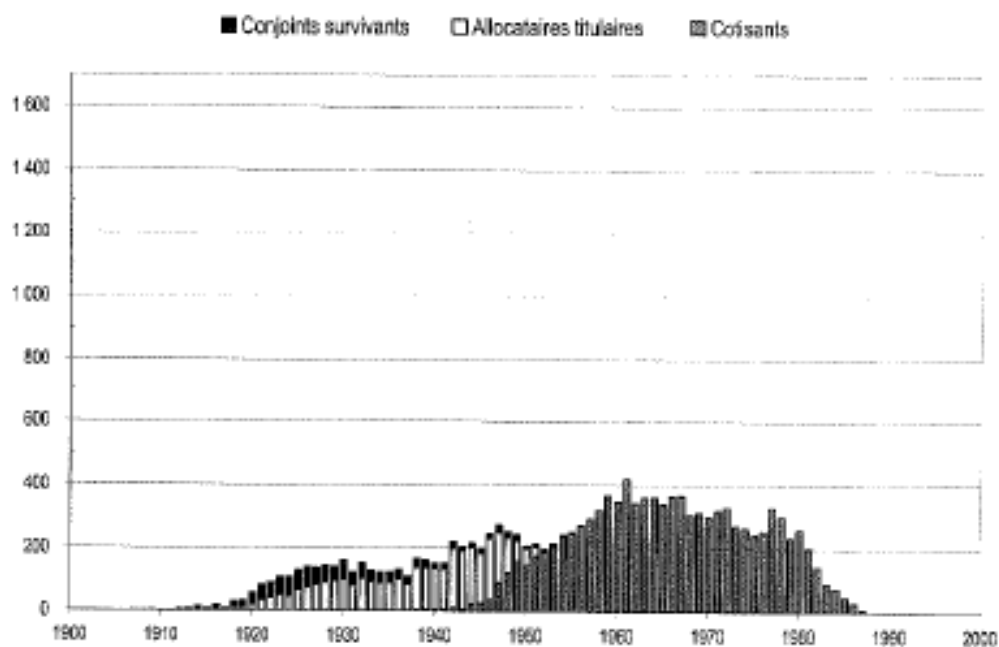
Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012

FIGURE D.7 – Affiliés à la CAVEC - experts comptables



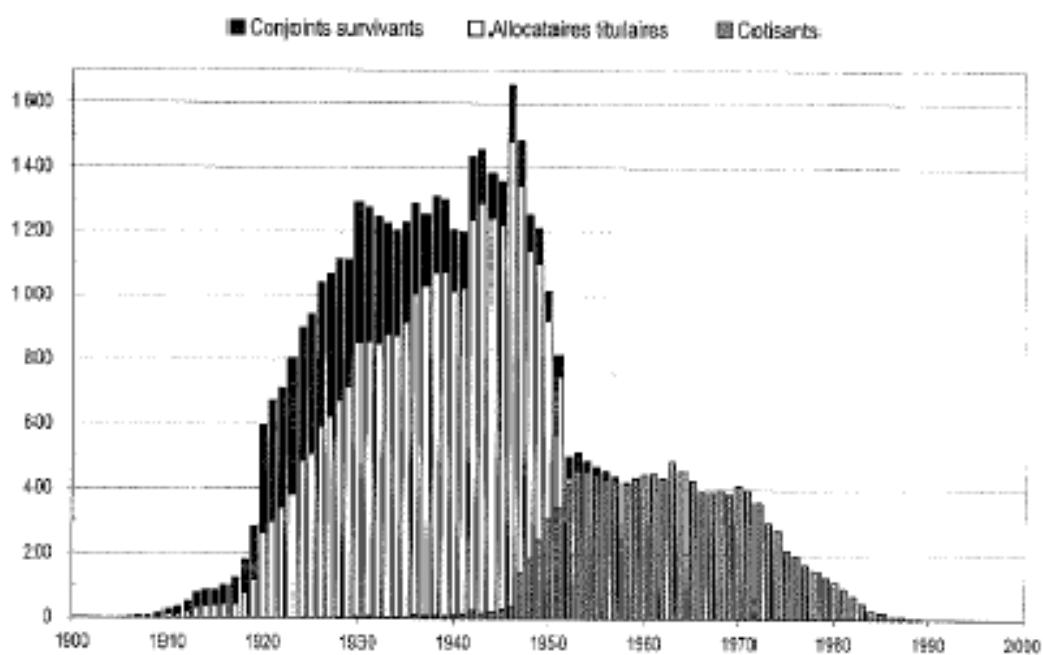
Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012

FIGURE D.8 – Affiliés à la CARPV - vétérinaires



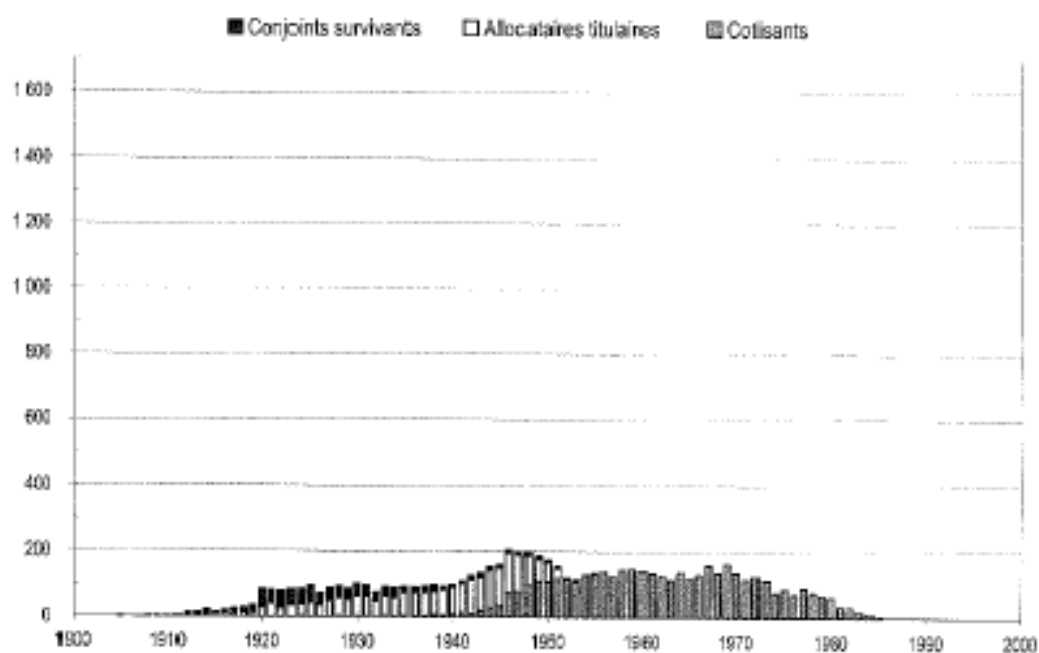
Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012

FIGURE D.9 – Affiliés à la CAVAMAC - agents généraux d'assurances



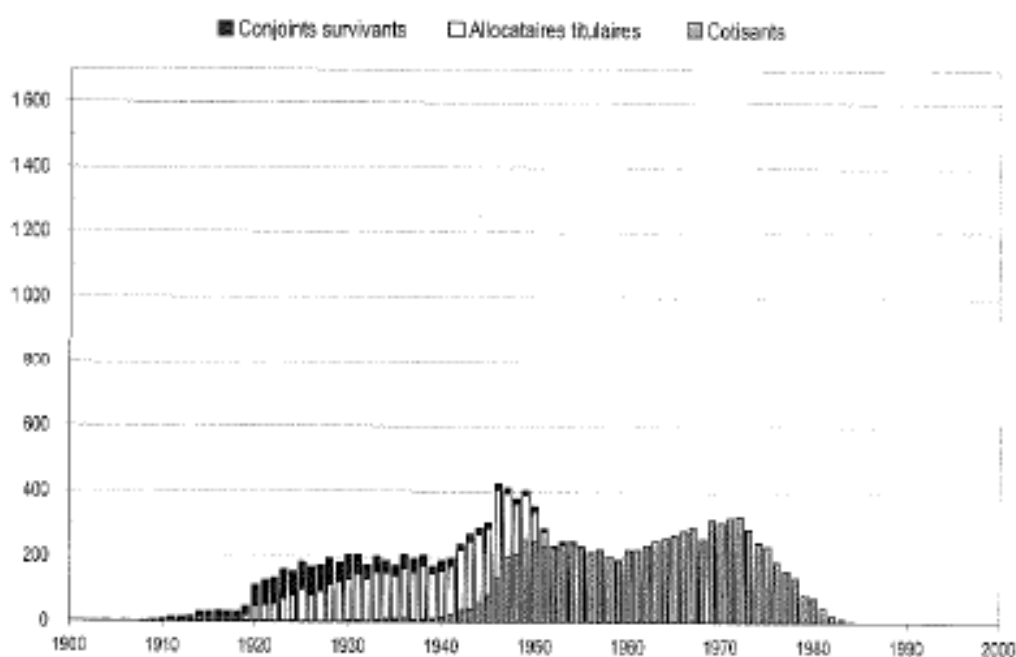
Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012

FIGURE D.10 – Affiliés à la CAVOM - officiers ministériels



Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012

FIGURE D.11 – Affiliés à la CRN - notaires



Source : Recueil statistiques, CNAVPL, 2012