

CIRCULAIRE COMMUNE 2009 - 3 -DAS

Paris, le 15/01/2009

Objet : Orientations prioritaires Agirc et Arrco en action sociale pour la période 2009-2013

Madame, Monsieur le directeur,

Nous portons à votre connaissance que les Conseils d'administration de l'Agirc et de l'Arrco en dates respectivement du 9 et 10 décembre 2008 ont adopté les orientations prioritaires Agirc-Arrco en action sociale pour la période 2009-2013.

Les propositions soumises à validation des instances des fédérations résultent d'un travail :

- de concertation et de réflexion des Commissions sociale Agirc et de coordination de l'action sociale Arrco,
- des Directeurs d'action sociale,
- d'éclairage d'organismes experts ou institutionnels référents,

ayant permis d'en formaliser le contenu.

Trois orientations prioritaires ont été retenues :

- développer la prévention,
- prolonger l'autonomie à domicile,
- accompagner la perte d'autonomie en établissements.

Celles-ci déclinées en 9 axes stratégiques permettront aux institutions de s'engager dans la réalisation opérationnelle d'actions en cohérence avec les enjeux sociétaux identifiés et les choix des partenaires sociaux.

Pour donner à ces actions l'efficacité recherchée, les orientations mettent également l'accent sur la nécessité pour les institutions, d'engager toutes formes de déclinaisons :

- actions de niveau 1 : impulsées par les régimes dont la déclinaison pourra prendre des formes variées, définies par les instances des fédérations,
- actions de niveau 2 : toutes les actions à caractère individuel, de service ou collectif concourant à la mise en œuvre des axes stratégiques, à l'initiative et sous la responsabilité des institutions de retraite complémentaire.

Il convient de souligner l'importance de la mobilisation de chaque institution pour qu'un engagement à hauteur de 70 % des dotations sociales dans les domaines prioritaires puisse être atteint en 2013.

Des supports de communication nécessaires à la diffusion de ces orientations seront mis à la disposition des groupes au cours du premier semestre 2009.

Une rencontre exceptionnelle des Présidents des Commissions sociales des institutions sera organisée au cours du deuxième trimestre 2009, pour la présentation de ces orientations prioritaires.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Le directeur général



**ORIENTATIONS PRIORITAIRES DE
L'ACTION SOCIALE 2009-2013**

S O M M A I R E

EDITO	p. 5
INTRODUCTION	p. 7
LES ORIENTATIONS PRIORITAIRES	p. 9
<i>Développer la prévention</i>	p. 11
- <i>La prévention : un enjeu ?</i>	p. 11
- <i>La prévention : que peut-on en attendre ?</i>	p. 12
- <i>L'engagement des régimes Agirc et Arrco</i>	p. 14
- <i>Les perspectives ?</i>	p. 14
- <i>Axes stratégiques</i>	p. 16
<i>Prolonger l'autonomie à domicile des personnes âgées et handicapées</i>	p. 17
- <i>Les enjeux</i>	p. 17
- <i>Les aidants professionnels et familiaux</i>	p. 18
- <i>Le logement</i>	p. 20
- <i>Axes stratégiques</i>	p. 20
<i>Accompagner la perte d'autonomie en établissements pour personnes âgées ou handicapées</i>	p. 23
- <i>Les enjeux</i>	p. 23
- <i>Le plan médico-social et sanitaire Agirc-Arrco 2008-2012</i>	p. 24
1. <i>Un niveau qualitatif différentiel</i>	p. 25
2. <i>Une organisation professionnalisée</i>	p. 25
3. <i>Un engagement dans les dynamiques de filières gérontologiques</i>	p. 25
4. <i>Une valorisation par la communication</i>	p. 25
- <i>Un parti pris de continuité</i>	p. 25
- <i>Axes stratégiques</i>	p. 26
CONCLUSION	p. 27

EDITO DES PRESIDENTS

Définir des orientations prioritaires, c'est un « exercice » périodique qui mobilise les partenaires sociaux des fédérations dans une vision prospective de l'action sociale de la retraite complémentaire Agirc et Arrco. L'enjeu est important puisqu'il permet de dessiner à moyen terme les axes stratégiques qui seront engagés par les institutions tout en gardant à l'esprit de concilier une vision d'ensemble partagée et prospective et de renforcer la capacité d'initiatives pour chaque acteur.

Nous savons que les régimes de retraite complémentaire devront faire face à des transformations sociétales, conséquences d'une avancée en âge de plus en plus tardive et d'une population proportionnellement plus âgée. Mais ils peuvent contribuer au travers de leur action sociale à l'émergence de nouvelles réponses, de partenariats permettant le déploiement d'actions innovantes...

Cette expérience acquise et transmise par nos prédécesseurs doit être préservée parce qu'elle contribue à faire évoluer le positionnement d'autres acteurs, qu'ils soient publics ou privés. Il s'agit donc d'une mission particulièrement adaptée pour des régimes complémentaires.

La responsabilité collective réside alors en la valorisation des expériences portées par les institutions ou par des partenaires en ce qu'elles constituent un maillon nécessaire et indispensable à un véritable déploiement.

Ces motivations, ou motifs d'actions, nécessitent de s'engager ensemble tant au niveau des institutions qu'entre les régimes de retraite complémentaire.

Toutefois, cette faculté à se mobiliser n'est possible que si l'émergence de nouvelles réponses est durablement organisée par les institutions, en fonction de leurs spécificités catégorielles ou non.

C'est le sens donné aux actions qui peuvent être définies et réalisées par les institutions en complément de celles organisées dans une vision partagée de l'action sociale des régimes de retraite complémentaire Agirc et Arrco.

Il appartient donc aux partenaires sociaux de chacun des régimes, au sein des institutions, de se mobiliser pour contribuer à valoriser :

- les actions impulsées par les fédérations et déclinées en inter-institutions,
- les orientations des régimes au travers d'actions innovantes réalisées par les institutions,
- les actions spécifiques répondant aux besoins propres des populations suivies ou aux orientations complémentaires à celles définies au niveau des régimes.

Contribuer au développement de nouvelles réponses pour nos ressortissants, un objectif que nous devons atteindre pour la prochaine période des orientations prioritaires.

Philippe Vivien
Président de l'Agirc

Bernard Devy
Président de l'Arrco

INTRODUCTION

La solidarité, collective et intergénérationnelle, est la valeur fondatrice des systèmes de retraite par répartition. Héritée de ce principe fondamental, l'action sociale s'est structurée depuis l'origine dans une approche transversale, considérant l'individu dans sa globalité et inscrivant son accompagnement dans une démarche pluridisciplinaire et d'exigence de qualité.

L'action sociale s'adresse historiquement aux personnes en difficultés qu'il s'agisse d'actifs, de chômeurs, ou de personnes retraitées.

L'action sociale des régimes Agirc et Arrco s'est progressivement exprimée en complémentarité de celle d'autres acteurs. Elle favorise ainsi une démarche qualitative à une redistribution davantage quantitative, et développe une aptitude à se renouveler.

Cette double volonté se traduit concrètement par une recherche d'exemplarité et d'innovation, contribuant ainsi à l'évolution de son environnement et à l'émergence de nouvelles réponses aux problématiques sociétales rencontrées.

Ainsi en témoigne l'évolution historique de l'action sociale. Dans les années 1960 est né le tourisme social emblématique d'une époque où les retraités ne partaient pas en vacances. Les années 1970 ont vu la contribution des institutions à la création du CCAH (Comité de Coordination de l'Action en faveur des personnes Handicapées). Dans les années 1980, cette dynamique s'est poursuivie avec la mise en place de la coordination avec le régime général (pour l'aide-ménagère). Puis au début des années 1990, la création des espaces emploi a été une initiative destinée à l'accompagnement des cadres en recherche d'emploi. Plus récemment en 2005, la définition d'un plan d'actions destiné aux aidants a contribué au renouvellement de l'action sociale pour un public encore peu reconnu bien que particulièrement fragilisé.

Fort de cette faculté de rénovation, après avoir fait le choix de se désengager progressivement du secteur des vacances, les partenaires sociaux ont défini en 2007, le plan médico-social et sanitaire, afin de renforcer le positionnement qualitatif adapté aux besoins du grand âge.

En effet, l'environnement démographique, sociologique et législatif de la politique sociale en direction des personnes âgées connaît des transformations significatives qui nécessitent de clarifier et de rendre visible le positionnement des acteurs complémentaires.

Au premier rang, les lois de décentralisation ont confié aux départements la responsabilité de la politique gérontologique et du handicap, avec pour conséquence la concentration des décisions et actions au plan local. Dans cette esprit et à l'horizon 2010, les Conseils généraux devront également mettre en place une politique de convergence entre les secteurs du handicap et de la vieillesse.

L'apparition des services à la personne, dont l'objectif est notamment de favoriser et de faciliter le soutien à domicile, et l'émergence de deux acteurs importants dans l'action sociale en faveur des personnes âgées et handicapées, le département et le secteur privé lucratif, façonnent les évolutions de l'environnement.

Enfin, d'autres évolutions sont aujourd'hui prévisibles, celles liées à la mise en place du 5^{ème} risque de protection sociale - « *le risque dépendance* » - dont la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie pourrait être l'agence nationale. Outre les choix inhérents à son mode de financement et à son périmètre, ce 5^{ème} risque abordera la problématique de la prise en charge des personnes âgées ou handicapées touchées par la perte d'autonomie, leur soutien à domicile, les questions du nombre de places en établissements médico-sociaux et du « reste à charge » pour les familles.

Ces bouleversements multiples associés au vieillissement démographique et particulièrement à l'explosion des personnes âgées de 85 ans et plus dès la prochaine décennie, génèrent des besoins nouveaux et croissants impliquant des réflexions et des adaptations de l'action sociale de la retraite complémentaire.

Ainsi, des réflexions, restituées dans le rapport « Cap 2010 : se fixer de nouveaux repères » proposent d'une part de conforter l'action sociale des régimes de retraite complémentaire dans une démarche qualitative et performante, notamment par l'exemplarité, l'innovation, la recherche et le développement et d'autre part de positionner la retraite complémentaire comme acteur de l'action sociale gérontologique.

L'ensemble des mutations engagées tant en interne qu'en externe a permis d'identifier les quatre familles de besoins des ressortissants Agirc et Arrco :

- vie professionnelle et sociale ;
- lieu de vie, logement ;
- famille, handicap ;
- autonomie, santé.

A partir de ces familles de besoins, il est apparu nécessaire de cibler préférentiellement, compte tenu des enjeux identifiés, des axes stratégiques appelés « orientations prioritaires ». Ainsi, pour une période de 5 ans, soit de 2009 à 2013, les orientations prioritaires peuvent être résumées ainsi :

- **développer la prévention,**
- **prolonger l'autonomie,**
- **accompagner la perte d'autonomie.**

Ces orientations se déclinent selon une démarche longitudinale et bi-dimensionnelle entre personnes actives et personnes retraitées Agirc et Arrco ciblant des réponses collectives et/ou individuelles. Collectives afin d'inscrire les domaines d'action en complémentarité de l'action sociale de l'ensemble des acteurs publics et privés ; individuelles afin d'aider les personnes à surmonter certaines difficultés.

Elles intègrent également une visibilité de l'action sociale « retraite complémentaire Agirc et Arrco » au travers d'une communication ciblée autour des axes prioritaires. Ce positionnement devra contribuer à valoriser les actions menées par les institutions de retraite complémentaire Agirc et Arrco.

Dans la continuité du rapport « Cap 2010 », cette valorisation sera d'autant plus perceptible que les engagements dans le cadre des orientations prioritaires atteindront 70 % des dotations d'action sociale.

LES ORIENTATIONS PRIORITAIRES

DEVELOPPER LA PREVENTION

*PROLONGER L'AUTONOMIE A DOMICILE
DES PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES*

*ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE EN
ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES*

DEVELOPPER LA PREVENTION

La prévention : un enjeu ?

La prévention, un terme générique utilisé dans des situations très différentes : prévention des risques professionnels, prévention de l'obésité, prévention des troubles de l'apprentissage ou encore, prévention de la malnutrition ... autant dire, que sous ce terme l'interprétation est large...

Littéralement, la prévention, substantif de prévenir, vient du latin « praevenire » qui signifie « venir devant, en avant ». Il s'agit donc de devancer l'apparition d'un phénomène ou d'une situation.

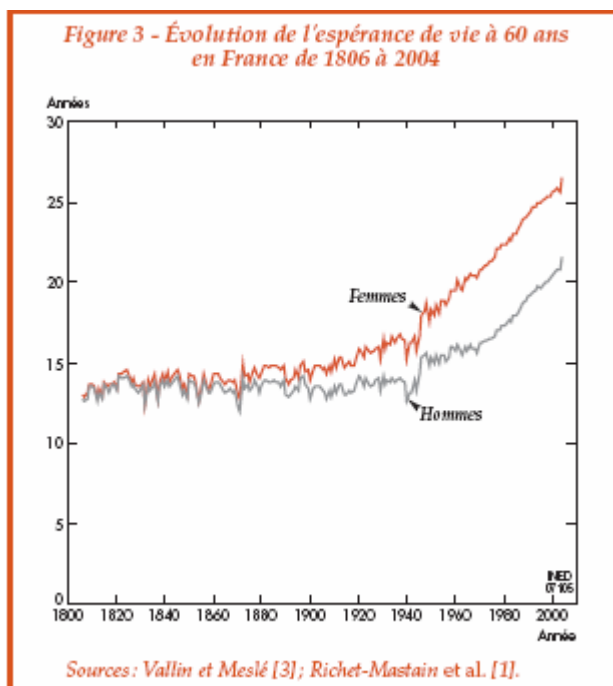
Les évolutions démographiques le montrent, la population française vieillit.

Il serait réducteur de n'envisager les besoins des personnes âgées, voire très âgées que sous l'angle de la perte d'autonomie. Cependant, la prégnance d'une fragilité voire d'une dépendance, avec l'avancée en âge, nécessite d'appréhender le vieillissement de la population en intégrant la survenue d'une perte d'autonomie.

Il devient alors déterminant d'intervenir en amont pour en réduire, retarder, voire maîtriser les effets.

Sur les dernières décennies, en France, un certain nombre de facteurs ont permis d'améliorer significativement la qualité de vie, ce qui se traduit d'ores et déjà par une augmentation significative de l'espérance de vie en « meilleure santé ». Certains indicateurs illustrent d'ailleurs ce phénomène, d'une augmentation significative de l'espérance de vie y compris sans incapacité.

Evolution de l'espérance de vie en France selon le sexe et à l'âge de 60 ans :



Source : INED-BIBLIOREVES

Ainsi, des études réalisées par l'INED¹ permettent d'apprécier, en fonction d'indicateurs élaborés pour évaluer l'espérance de vie sans incapacité, son évolution significative sur les dernières décennies.

Par ailleurs, des études réalisées par l'INED mettent en lumière l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité :

Espérance de vie sans incapacité en France pour les hommes et les femmes entre 1981 et 2003 :

EVS² Population 65 ans et plus	1981	2003
Femmes	10 ans	18 ans
Hommes	8 ans	15 ans

Source : Extrait données INED

Ainsi, lorsque la population âgée augmente en nombre, sachant que la dépendance augmente avec l'âge et malgré la diminution de la prévalence pour chaque génération, il devient nécessaire de compenser l'augmentation en volume de la population âgée, par la diminution à chaque âge de la dépendance.

Cette compensation numérique doit permettre in fine de stabiliser le nombre de personnes dépendantes.

C'est l'objectif à atteindre par une démarche de prévention active et étendue.

➤ **La prévention : que peut-on en attendre ?**

Selon l'INED, les deux principaux facteurs expliquant les variations de l'espérance de vie sans incapacité en Europe sont les catégories socioprofessionnelles et l'éducation (individuelle ou collective). L'action de prévention prend alors tout son sens.

En France, la principale enquête épidémiologique longitudinale est celle de l'étude PAQUID³, destinée à observer le vieillissement fonctionnel et cérébral. Les premiers résultats, à confirmer par d'autres études, montrent que « la dépendance n'est pas un phénomène inéluctable et qu'il existe des déterminants sur lesquels il serait possible d'agir ». La seconde enquête (SUIVIMAX⁴), également récente, porte spécifiquement sur la nutrition et le vieillissement.

Cette démarche devrait être valorisée en France au travers de partenariats institutionnels (entre le secteur sanitaire et social par exemple) permettant de démontrer les effets de la prévention tant à l'échelle individuelle que macro-économique.

A l'échelle individuelle, une démarche préventive globale permet d'appréhender l'ensemble des choix de chacun (vie familiale, sociale ...) et d'y associer le dépistage médical permettant ainsi à chacun d'anticiper, de réduire les effets d'un vieillissement plus ou moins « réussi », d'en accepter certaines conséquences, pour en maîtriser d'autres ...

¹ Institut National d'Etudes Démographiques

² Espérance de vie sans incapacité

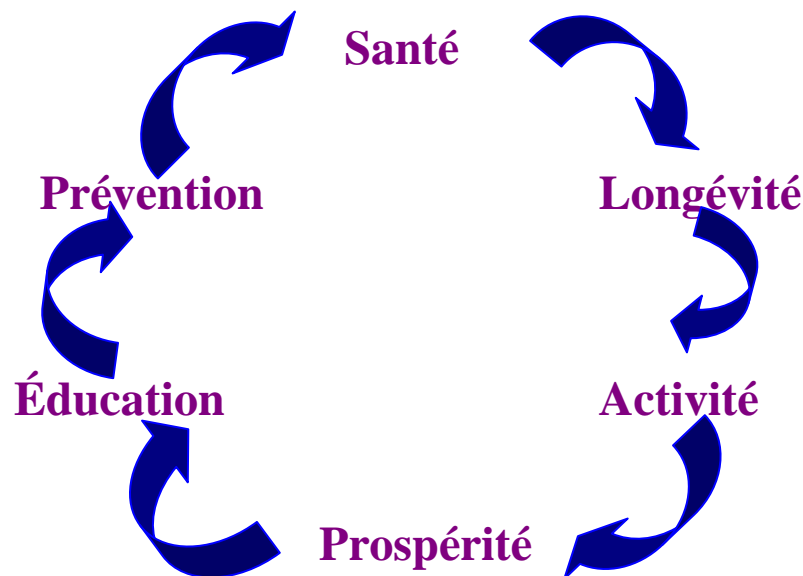
³ Personnes Âgées QUID, menée sur un échantillon de 5555 personnes de 65 ans et plus en Gironde et Dordogne entre 1988 et 2003

⁴ Plusieurs centres Agirc-Arrco ont contribué au travers de partenariats à l'évaluation gérontologique de l'étude

En effet, de multiples facteurs doivent être pris en compte : la fréquence de pathologies chroniques ou de poly-pathologies, l'« envie » de faire face à une nouvelle situation en changeant ses habitudes, l'isolement, les difficultés de mobilité, le parcours de vie parfois accidenté ... Chacun de ces facteurs peut constituer un frein non perceptible si une démarche globale tournée vers les besoins et les attentes de la personne n'est pas engagée.

Le développement d'une démarche préventive doit donc prendre en compte les possibles situations de vulnérabilité, quelle que soit leur nature, tout en permettant à chacun d'exprimer sa volonté et de proposer des actions transverses en fonction de ses capacités : familiale, sociale, psychologique, sanitaire... Il ne s'agit pas en effet, d'imposer à chacun un modèle, mais bien de susciter une évolution significative des comportements.

Cette dynamique individualisée doit permettre d'intégrer à grande échelle, le cercle vertueux de la prévention⁵ :



Il n'est donc jamais trop tard (prévenir pour bien vieillir), ni jamais trop tôt (au travers de l'éducation) pour engager une action de prévention durable et efficiente...

Toutefois, la représentation du vieillissement contribue parfois à créer une distance entre la démarche préventive et une population cible, qui ne se reconnaît pas dans un projet pouvant être résumé ainsi « prévenir pour bien vieillir ». Il est donc important de favoriser également des actions contribuant à la mise en œuvre d'une démarche de prévention qui semble déconnectée (a priori) du vieillissement.

Il s'agit alors de valoriser une image positive de la fin de période d'activité professionnelle afin que chacun perçoive sa capacité à rester acteur de sa propre santé et donc, in fine, de son propre vieillissement.

⁵ Schéma illustré par Professeur F. Forette

➤ **L'engagement des régimes Agirc et Arrco**

Fort de ces convictions, les institutions de retraite complémentaire se sont engagées depuis plus de deux décennies dans une démarche active de prévention globale, concrétisée dans les centres de prévention Agirc-Arrco.

En effet, la création des premiers centres est intervenue dans un contexte d'augmentation de l'espérance de vie, amenant les partenaires sociaux à réfléchir à l'émergence des besoins propres aux allocataires, pour un vieillissement réussi ou au moins, un allongement de la vie dans des conditions les plus favorables afin de donner une qualité de vie aux années.

La démarche reste originale, à ce jour, à double titre :

- Tout d'abord, parce qu'il y a un parti pris de continuité. Le but est de permettre à chacun de poursuivre un processus de prévention initié par la médecine scolaire puis celle du travail.
- Ensuite, parce que les centres fonctionnent selon le principe d'une approche globale de la personne, c'est-à-dire médicale, psychologique et sociale.

Certes l'idée n'est pas neuve puisqu'en 1946, déjà, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définissait la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité ».

La concrétisation de cette idée au travers de bilans et d'activités de prévention pluridisciplinaires a donc été tout à fait novatrice dans le paysage social et sanitaire français des années 80, et l'est toujours aujourd'hui.

Au nombre de dix⁶, à ce jour, les centres de prévention accueillent annuellement 8 700 nouveaux bénéficiaires pour des bilans dans le cadre d'une prise en charge harmonisée.

➤ **Les perspectives ?**

Cette approche globale reste cependant limitée en l'absence de reconnaissance par les pouvoirs publics et de volonté⁷ de mise en œuvre d'une approche pluridisciplinaire dans ce domaine qu'est la prévention. En effet, ces actions pour être valorisées nécessitent de dépasser le cloisonnement existant entre le secteur sanitaire et le secteur social.

De plus, pour qu'une telle démarche globale soit perceptible, elle doit être significativement développée afin d'être efficiente dès la prochaine décennie. En effet, la tendance démographique qui motive l'importance de la démarche, n'est pas une hypothèse de long terme, mais une réalité déjà constatée depuis 2005, les baby-boomers nés après la première guerre mondiale étant devenus octogénaires.

Cette situation est, en outre, accentuée pour les allocataires Agirc, pour lesquels les 85 ans et plus, vont doubler entre 2000 et 2020, contre une augmentation moyenne de + 50% (seulement !), pour la population française. Ce phénomène résulte principalement d'un effet décalé de l'augmentation des cotisants du régime des cadres dans les deux décennies qui ont suivi sa création.

Enfin, certains facteurs explicatifs de l'allongement de l'espérance de vie, notamment sans incapacité, permettent d'identifier les actions à privilégier en matière de prévention : l'éducation, et la pratique d'une activité (*tableau 2*).

⁶ 10^{ème} centre de prévention ouvert à Rouen en juillet 2008

⁷ Premier plan « Bien vieillir 2007-2009 » défini par les pouvoirs publics

Ces deux facteurs ont des répercussions sur la morbidité ou la mortalité selon les catégories socioprofessionnelles. Ainsi, l'indicateur de mortalité entre 45 et 64 ans (seule donnée connue) permet de constater une différenciation par rapport au vieillissement. En effet, la sensibilisation et l'éducation à la prévention, la possible prise en charge sanitaire, la différenciation de comportement par rapport à l'activité constituent autant de variables qui illustrent les différentes ruptures possibles dans le « cercle vertueux de la prévention » (cf page 19).

Risque de mortalité selon les catégories socio-professionnelles :

Mortalités des femmes et des hommes selon la catégorie socio-professionnelle
(Indice Standardisé de Mortalité) – Période 1982-2001

Catégorie socio-professionnelle	Distribution (en %)		Indice Standardisé de Mortalité (ISM) *	
	Femme	Hommes	Femmes	Hommes
N'ai jamais travaillé	16,3	5,6	1,16	1,87
Travaille ou a déjà travaillé dont :	83,7	94,4	0,96	0,96
Cadres ou professions intellectuelles supérieures	2,8	10,6	0,78	0,64
Professions intermédiaires	9,4	16,0	0,82	0,89
Artisans, commerçants ou chefs d'entreprise	6,8	10,4	0,86	0,85
Employés	35,3	11,3	0,95	1,03
Agriculteurs exploitants	10,2	11,7	0,94	0,78
Ouvriers	19,2	34,4	1,14	1,17
Ensemble	100,0	100,0	1,00	1,00

Source : INSEE première n°382- avril 2003

En outre, le niveau d'activité (qu'elle soit professionnelle ou non) semble un indicateur également pertinent :

Risque de mortalité en France selon le statut :

Statut	Hommes	Femmes
Actifs occupés ⁸	1	1
Inactifs	5,1	2,5
Chômeurs	3,1	1,9

Source : Données Insee – période 1990 à 1995

* - Si indice standardisé supérieur à 1, augmentation du taux de mortalité sur la période

⁸ Professionnels ou non

Au total, la nécessité d'engager des actions de prévention et de démontrer, en France, leur efficacité semble une véritable opportunité. En effet, cette démarche constitue à la fois une réponse pertinente à l'échelle individuelle et démontre la nécessité de dépasser les cloisonnements institutionnels (ou sectoriels) au profit d'une réponse innovante et durable...

La place de l'action sociale de la retraite complémentaire pourrait être de valoriser ces idées déjà expérimentées mais non suffisamment développées jusqu'à leur reconnaissance ou intégration dans une offre structurée, que ce soit au niveau territorial ou national.

Axes stratégiques :

Pour se préparer à bien vieillir, développer la prévention :

- **Développer**, dès 50 ans, des actions de valorisation des capacités à rester actif (Arrco) ou à rester en activité, professionnelle ou non (Agirc).
- **Organiser** des manifestations contribuant à une image renouvelée de l'avancée en âge (Agirc).
- **Renforcer** les actions de prévention globale (pluridisciplinaire) qui intègrent bilan, information, éducation y compris sous forme de R&D⁹.
- Avec l'avancée en âge (après 80 ans), **décliner** la prévention en actions pour favoriser le maintien du lien social le plus longtemps possible.

Compte tenu de l'intérêt partagé des régimes et des actifs, favoriser les actions d'accompagnement des situations de ruptures sociales.

Ces axes stratégiques seront déclinés en actions de niveau 1 ou 2.

Le niveau 1 constitue le « noyau dur » cible de l'action sociale impulsé par les régimes et favorisant la mise en visibilité de l'action réalisée conjointement par les institutions. La déclinaison opérationnelle pourra prendre des formes variées : travail inter-institutions via le réseau de coordination de l'action sociale, action mutualisée, convention de partenariat, financement coordonné...

Le niveau 2 représente toutes les autres actions portées à l'initiative des institutions de retraite complémentaire et répondant aux axes stratégiques.

Niveau 1 : Actions cibles à l'horizon 2013 (/ contrats d'objectifs 2011-2013) :

- a. Favoriser un accompagnement contribuant au maintien d'une activité, professionnelle ou non, à partir d'un cahier des charges, et le mettre en œuvre,
- b. Déployer les centres de prévention « globale » (ie pluridisciplinaire) sur les régions (20) en relation avec le réseau des comités régionaux de coordination de l'action sociale Agirc-Arrco et organiser une valorisation au travers d'études épidémiologiques,
- c. Etendre et valoriser le dispositif « Sortir + », favorisant le maintien du lien social.

Niveau 2 : Toutes les actions à caractère individuel, de service ou collectif concourant à la mise en œuvre des axes stratégiques retenus.

⁹ Recherche et Développement

PROLONGER L'AUTONOMIE A DOMICILE DES PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES

➤ Les enjeux

Préserver l'autonomie des personnes à leur domicile constitue l'un des enjeux identifiés par les pouvoirs publics pour faire face à l'évolution démographique attendue. Ainsi, différents rapports et notamment en 2006, celui du Centre d'Analyse Stratégique (CAS)¹⁰, « Personnes âgées dépendantes bâtir le scénario du libre choix » ou plus récemment en mai 2008, les orientations données par Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité, au « cinquième risque de la protection sociale » ciblent des actions destinées à engager durablement le soutien à domicile des personnes âgées.

Les données démographiques le montrent, l'enjeu est important non seulement à long terme mais également à court terme :

<i>Données en milliers</i>	2000	2005	2010	2015
Nombre de personnes de 65 ans et +	9407	9955	10404	11726
% des 65 ans et + / population	16 %	16,4 %	16,7 %	18,4 %
Nombre de personnes de 85 ans et +	1267	1090 *	1544	1866
% des 85 ans et + / population	2,2 %	1,8 %	2,5 %	2,9 %

Source : Insee première n°1089 – juillet 2006, et Insee – projections de la population 2005-2050

La perte d'autonomie est définie comme la perte de la faculté de se gouverner soit même qu'il s'agisse de dimension physique, psychique, économique ou sociale.

Elle devient donc un enjeu macro-économique, compte tenu du coût qu'elle représente tant pour la collectivité que pour les familles.

De cette évolution prévisible résulte également, en contrepartie, un secteur d'activité en forte croissance :

	2000	2005	2007	2010	2015
Nombre ¹¹ de personnes en perte d'autonomie (Gir 1 à 4)	795 ¹²	938	1078	1228	1360
% des 65 ans et +, en perte d'autonomie	5 %	9 %	NC	10 %	9 %
% des 85 ans et +, en perte d'autonomie	27 %	37 %	NC	28 %	25 %

Source : CAS – prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes – juillet 2005 & Rapport d'étapes du Sénat de M. A. Vasselle (n°447, du 8 juillet 2008).

¹⁰ Ex commissariat au plan

¹¹ En milliers

¹² Selon l'enquête HID, 1998-1999

En 2003, 71,2 %¹³ des personnes de plus de 85 ans vivait en ménage ordinaire¹⁴ (hors institutions). Au-delà de 95 ans cette proportion chute à près de 52 %.

➤ **Les aidants professionnels et familiaux**

Aujourd'hui, la prise en charge à domicile, si elle est organisée sur l'ensemble du territoire relève principalement de l'articulation de trois acteurs : les soins à domicile, les services à domicile, les aidants familiaux.

Depuis les années 80, l'organisation territoriale d'une réponse de service à domicile (soutenue par l'Arrco, depuis l'origine au travers du financement en partenariat avec la CNAV) est relativement répartie sur l'ensemble du territoire : aide-ménagère, portage de repas, voire aménagement du logement.

Or, ce mode de réponse qui a permis de réaliser un accompagnement pertinent pour les personnes âgées, trouve aujourd'hui une limite dans son développement. En effet, le système actuel de financement doit faire face à des difficultés de solvabilisation à grande échelle, compte tenu des évolutions démographiques.

De nouvelles formes de réponses sont en voie d'être organisées, appelées services à la personne, principalement depuis la loi du 26 juillet 2005, résultant de la convention nationale pour le développement des services à la personne, à l'initiative de Jean-Louis Borloo, alors Ministre de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement.

Concrètement le lancement du CESU (chèque emploi service universel) a pour objectif de stimuler la demande de nouveaux services compte tenu des mesures incitatives qui l'accompagnent et la création de l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP) est destinée à simplifier les procédures administratives et organiser une coordination cohérente du développement. Les dispositions législatives incitent également au renforcement de la professionnalisation du secteur et à l'amélioration des conditions de travail.

L'émergence du secteur des services à la personne

<i>En milliers</i>	2004	2006	2008	2010
Nombre de salariés ¹⁵ (particuliers employeurs + prestataires, hors assistantes maternelles)	1 309	1 475	1 653	1 803
Evolution / 2004		+ 13 %	+ 26 %	+ 38 %
Nombre de salariés en ETP (particuliers employeurs + prestataires, hors assistantes maternelles)	462	518	578	631
Evolution / 2004		+ 12 %	+ 25 %	+ 37 %

Source : ANSP, d'après DARES et IRCM

En 2007, 31 % des agréments dispensés l'ont été pour des activités destinées spécifiquement aux personnes âgées ou handicapées. Toutefois, l'impact des services à la personne pour les personnes âgées ou personnes handicapées est, à ce jour, très largement minoritaire.

Au-delà de cette volonté, se trouve une réalité de fonctionnement de la prise en charge à domicile, plus nuancée...

¹³ Enquête EHPA - DRESS

¹⁴ Selon les études démographiques se dit des logements indépendants par distinction avec les hébergements collectifs

¹⁵ Nombre de personnes déclarées

Ainsi, les aidants familiaux restent l'acteur principal, qui à ce jour ne s'inscrit dans aucune organisation structurée et dont les besoins propres commencent seulement à être pris en compte.

Certaines données sont de nature à influencer leur présence aux côtés des aidés : le nombre des aidants va se stabiliser, voire sensiblement diminuer, alors que celui des aidés va augmenter. Ainsi, les projections du rapport entre le nombre d'aidants et leurs aidés se situent à 2,4 à l'horizon 2020 contre 2,6 en 2000.

De plus, les aidants sont en très grande majorité les proches, notamment la famille, les femme, fille et belle-fille. Or leur présence ou leur disponibilité à l'ère de l'éclatement familial, de la croissance du travail féminin, voire de l'internationalisation, ou encore de l'allongement de la vie professionnelle (aujourd'hui, les aidants se situent principalement entre 50 et 79 ans) constitue une variable plus qu'incertaine. Certes, le congé pour les aidants est devenu réalité depuis 2006¹⁶, mais sa durée de trois mois renouvelable dans la limite d'un an, reste inférieure aux besoins (durée moyenne de la perte d'autonomie dite sévère se situe à 4 ans¹⁷) et l'absence de financement associé restreint son utilisation (données 2007 non disponibles).

Aussi, qu'il s'agisse des enfants, moins nombreux et plus dispersés ou des conjoints, plus âgés et plus fragilisés, le pilier familial nécessaire au soutien à domicile (80% du soutien à domicile est organisé avec des aidants familiaux) doit être consolidé par un recours facilité (et existant) à des réseaux professionnels.

De ce fait, le nombre des professionnels devrait alors croître¹⁸ significativement afin de pouvoir compenser à la fois l'insuffisante couverture géographique actuelle, en terme de nouveaux services, et la croissance des besoins ... ! Cette augmentation supposerait parallèlement un accroissement des financements correspondants. Ce scénario semble difficile à imaginer et ce d'autant que le poids du financement tant par les organismes publics (conseils généraux, CNSA, Assurance maladie) que par les familles atteint ses limites.

En effet, s'il est convenu d'estimer un coût moyen¹⁹ du reste à charge²⁰ pour les familles, inférieur à domicile (en moyenne, 983 € mensuel hors dépenses non prises en charge par l'APA) par rapport à l'établissement (1600 € en moyenne), cette comparaison n'intègre pas une prise en charge 24h/24h nécessaire dans des situations de dépendance sévère. Dans ce cas, l'établissement demeure une alternative nécessaire et complémentaire au soutien à domicile.

Les réponses qui pourront être trouvées avec la mise en place du « cinquième risque de protection sociale » devraient s'inscrire dans le long terme, mais la question reste d'ores et déjà posée pour le court et le moyen terme.

Ainsi, si le choix du plus grand nombre est constant, « rester et vieillir à domicile », la faisabilité reste fragile et notamment pour les plus âgés ou les plus dépendants.

Toutefois, si la présence d'aidants et les relais professionnels sont des conditions indispensables pour proposer un véritable soutien à domicile, un troisième paramètre est également incontournable : un logement adapté.

¹⁶ Décret d'application paru le 18 avril 2007

¹⁷ Rapport de la cour des comptes de Mme Gisserot : Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025

¹⁸ Selon le rapport M. A. Vasselle (rapport d'étapes du 8 juillet 2008), les « plans d'aide des personnes isolées, sans aidants familiaux, sont deux fois plus souvent égal au plafond légal que ceux des personnes entourées par leurs proches »

¹⁹ Rapport d'étapes du Sénat de M. Vasselle (n°447, du 8 juillet 2008)

²⁰ coût direct cumulé du ticket modérateur de l'APA et des frais d'hébergement, hors coût indirect (aidants non rémunérés...)

➤ **Le logement**

En effet un soutien à domicile efficient nécessite un logement adapté et celui-ci peut constituer un levier à double portée, préventif et supplétif :

- Un logement adapté constitue en amont un atout préventif, permettant à une personne fragilisée de préserver son autonomie, sans nécessairement recourir à des tiers ;
- Un logement adapté optimise, en aval, l'organisation d'un soutien à domicile tant pour la personne elle-même que pour les professionnels (interventions facilitées).

Actuellement, l'adaptation du logement résulte essentiellement d'une demande individuelle formulée par la personne et financée par les acteurs chargés de l'accompagnement de la perte d'autonomie pour les personnes âgées ou handicapées (Conseil général, PACT, CNAV, Arrco, CNSA).

Afin d'optimiser et compléter les investissements consacrés aujourd'hui à l'adaptation du logement, une nouvelle forme de réponse pourrait être développée vers des solutions innovantes, avec les principaux acteurs du secteur de l'habitat. Par exemple, l'intégration de logements adaptés dans des programmes d'habitation permettrait de concilier perte d'autonomie, lien social et soutien à domicile.

Au total, différentes formes d'accompagnement ou de réponses alternatives doivent donc être trouvées et valorisées. La créativité constitue un véritable levier pour développer significativement et durablement de nouvelles réponses ou pour retarder, voire réduire, la survenance d'une perte d'autonomie sévère...

La place de l'action sociale de la retraite complémentaire, en qualité de partenaire, pourrait valoriser des idées déjà expérimentées mais non suffisamment développées jusqu'à leur reconnaissance réglementaire ou leur intégration dans une offre structurée, que ce soit par des acteurs publics ou privés.

Axes stratégiques :

Pour prolonger l'autonomie à domicile à destination des personnes âgées et des personnes handicapées :

- **Participer** au développement d'une offre élargie de logements adaptés à la perte d'autonomie, en cohérence avec une approche préventive.
- **Préserver** et sécuriser la personne dans son lieu de vie.
- Pour les aidants, **contribuer** à la prise en compte de besoins propres : informer, écouter, soulager et préserver (santé et droits).
- **Favoriser** des partenariats pour privilégier le développement de services d'aide humaine émergents ou déjà expérimentés.

Ces axes stratégiques seront déclinés en actions de niveau 1 ou 2.

Le niveau 1 constitue le « noyau dur » cible de l'action sociale impulsé par les régimes et favorisant la mise en visibilité de l'action réalisée conjointement par les institutions. La déclinaison opérationnelle pourra prendre des formes variées : travail inter-institutions via le réseau de coordination de l'action sociale, action mutualisée, convention de partenariat, financement coordonné...

Le niveau 2 représente toutes les autres actions portées à l'initiative des institutions de retraite complémentaire et répondant aux axes stratégiques.

Niveau 1 : Actions cibles à l'horizon 2013 (/ contrats d'objectifs 2011-2013)

- a. Organiser des partenariats sociaux avec les acteurs principaux du logement (partenariat UN HLM, CIL...) en vue de la création et de la mise à disposition de logements adaptés, voire innovants.
- b. Maintenir le partenariat avec la Cnav mais réexaminer les conditions d'une rénovation (Arrco).
- c. Structurer une écoute dédiée aux aidants comme porte d'entrée à un accompagnement individualisé par les institutions de retraite complémentaire.
- d. Cibler une nouvelle technologie, favorisant le soutien à domicile, et contribuer à son déploiement, y compris sous forme de recherche et développement.

Niveau 2 : Toutes les actions à caractère individuel, de service ou collectif concourant à la mise en œuvre des axes stratégiques retenus.

ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE EN ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES OU HANDICAPEES

➤ Les enjeux

Au regard du poids démographique (+ 70 % des plus de 85 ans entre 2005 et 2015) et de l'estimation des besoins, l'insuffisance de l'offre en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie, tant à domicile qu'en établissement, est mise en lumière au travers de plusieurs rapports²¹.

L'insuffisance en matière d'hébergement reste toutefois corrélée à la place qui sera donnée (et fortement préconisée tant par les personnes que par les pouvoirs publics) au développement des services d'aide et de soins à domicile dont l'effectivité permettrait d'envisager le ralentissement des besoins d'accueil en structures collectives.

Elle est également conditionnée à la maîtrise des pathologies à très long terme. Cependant pour que ce dernier facteur soit significativement influant, il est nécessaire que la connaissance et les réponses thérapeutiques proposées puissent être déployées plus rapidement que l'augmentation démographique du nombre de personnes en perte d'autonomie... Situation peu probable pour les deux prochaines décennies.

Dans ce contexte, le cadre législatif a été renforcé principalement au travers de :

- la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 dont les principes fondamentaux définissent les droits des usagers, élargissent les missions de l'action sociale et médico-sociale, améliorent les techniques de pilotage et la coordination de l'action des décideurs, rénovent le régime des autorisations et des règles de tarification,
- la Loi 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées qui crée la CNSA²² avec mission de verser aux départements²³ la contribution de l'État au financement de la perte d'autonomie et de répartir entre les établissements et les services de soins et services médico-sociaux les crédits de l'assurance maladie (ONDAM). Cette répartition s'effectue sur la base d'enveloppes régionales en fonction du programme interdépartemental de prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) mis en place en 2006,
- et la Loi du 11 février 2005 qui pose les principes du libre choix du projet de vie des personnes en situation de handicap, d'un droit à la compensation quels que soient l'âge, l'origine et la nature de la déficience, et de la participation à la vie sociale. Elle définit la situation de handicap, en fonction de l'environnement et intègre la nécessité d'une convergence entre le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées.

21 études DREES 2005-2006, rapports du Centre d'Analyse stratégique 2005-2006 *Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes*, Rapport de la Cour des Comptes de novembre 2005

22 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

23 chargés par les lois de décentralisation et notamment la Loi du 13 août 2004 de la politique pour les personnes âgées

D'autres orientations définies par les pouvoirs publics prennent en compte ces évolutions, telles que le plan « Solidarité - Grand âge », confirmé en 2007 et dont l'application s'étend à 2012, qui trace les orientations de la politique gérontologique :

- la limitation des ruptures de prise en charge avec le resserrement des liens domicile / hôpital / établissement d'accueil,
- le développement de la démarche qualité et de l'évaluation,
- l'amélioration du recrutement et de la formation des professionnels,
- une nouvelle dynamique à insuffler pour la recherche et la prévention.

Ce plan est confirmé au travers des orientations définies, en mai 2008, par Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité, au « cinquième risque de la protection sociale ». Celles-ci définissent un objectif (5000²⁴ à 7500 places annuelles) sans en préciser durablement les financements.

Outre cet environnement législatif et incitatif des pouvoirs publics, les exigences des personnes hébergées et de leur famille (à l'heure où le « reste à charge » mobilise l'ensemble des ressources) ont significativement évolué au cours des dernières années vers une attente de service et de qualité.

➤ **Le plan médico-social et sanitaire Agirc-Arrco 2008-2012**

L'élaboration du plan médico-social et sanitaire Agirc-Arrco 2008-2012, s'est inscrite dans le cadre de l'accord du 13 novembre 2003 qui a confié au comité de pilotage des accords l'étude des modalités de gestion des réalisations sociales. Le comité de pilotage a ainsi examiné un projet de contribution à une réflexion sur la structuration d'un plan médico-social et confié aux instances des fédérations le soin de formaliser des orientations stratégiques, d'élaborer des axes opérationnels et d'estimer les investissements qui découleraient de leur mise en œuvre. Les instances des fédérations ont finalisé et validé le plan en juillet 2007, pour la période 2008-2012. Celui-ci a été diffusé par Circulaire Agirc-Arrco 2007-16 DAS du 18 juillet 2007.

Le parc propriété se compose de 63 établissements à dominante médico-sociale et 4 établissements sanitaires, pour une capacité globale d'accueil de près de 6 800 lits, détenus en propriété par les institutions Agirc et Arrco. Parallèlement, plus de 16 000 priorités d'accueil ont été souscrites dans des établissements pour personnes âgées.

Ce plan médico-social et sanitaire repose essentiellement sur une vision qualitative, avec notamment sur les deux premières années une démarche volontariste d'optimisation du parc existant.

En ce qui concerne la vision quantitative, la poursuite de la politique de souscription de droits réservataires est renforcée avec un objectif d'environ 1 000 lits par an.

Le parc propriété reste quant à lui, au moins jusqu'au terme des négociations paritaires de 2008, à son périmètre constant (soit environ 6 800 lits). La vision de développement sur dix ans permet toutefois de positionner un niveau d'ambition globale dont la réalisation ne pourra être envisagée que sur la base des moyens qui résulteront des prochaines négociations.

Les axes du plan dessinent quatre champs d'intervention :

²⁴ Objectif de place défini par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale en 2007

1. Un niveau qualitatif différentiel :

La prestation rendue par les établissements du parc Agirc-Arrco, évaluée de bon niveau (70% à un niveau satisfaisant, voire très satisfaisant) notamment par l'étude externe, doit néanmoins s'inscrire dans une recherche de différenciation qualitative forte. Cette spécificité, identifiant commun à toutes les structures d'accueil Agirc-Arrco à terme, s'appuiera sur la qualité du « prendre soin » du résident au travers de la qualité des bâtis et de la formation des personnels pour un environnement « bientraitant ».

2. Une organisation professionnalisée :

Dans un contexte réglementaire et sociétal évolutif et complexe, la nécessité d'un suivi préventif (anticipation des dysfonctionnements) et prospectif (anticipation des évolutions) conduit à repenser les finalités, et adapter les outils, d'une veille du parc dans les domaines patrimoniaux, économiques et qualitatifs. En outre, l'optimisation du fonctionnement au travers d'une organisation structurée fera l'objet de préconisations ultérieures.

3. Un engagement dans les dynamiques de filières gérontologiques :

Au-delà de la contrainte réglementaire qui insère progressivement les établissements dans des filières, une exploitation accrue des complémentarités doit être recherchée au sein même du parc. Cette structuration interne prédisposera l'intégration dans des réseaux externes en positionnant l'action sociale des IRC comme acteur gérontologique reconnu.

4. Une valorisation par la communication

A ce stade, il ne s'agit pas à proprement parler d'un axe stratégique mais d'une nécessité pour valoriser les trois principaux axes stratégiques retenus. Ces engagements, inscrits dans une dynamique cohérente, doivent entraîner une visibilité accrue de l'action sociale des régimes Agirc et Arrco au travers de son offre de prestation au bénéfice des ressortissants.

Le pilotage de ce plan est assuré via la constitution d'un groupe ad hoc d'administrateurs, composé sur la base du groupe paritaire Agirc et Arrco déjà existant pour l'examen des établissements en difficulté.

Parallèlement, la vision annuelle du parc ainsi que le suivi du déploiement du plan médico-social et sanitaire font désormais l'objet, à l'initiative de la Direction de l'action sociale des fédérations, d'une présentation périodique à l'ensemble des directeurs d'action sociale des groupes Agirc-Arrco et des directeurs des établissements du parc.

➤ Un parti pris de continuité

Le plan médico-social, de par son élaboration récente, intègre les enjeux et les perspectives d'un positionnement cohérent entre l'environnement, le parc propriété, à moyen et long terme, et le parc réservataire.

Le secteur de l'accompagnement des personnes handicapées n'a pas été intégré à la réflexion stratégique, compte tenu d'une part de sa composition spécifique (trois établissements avec une propriété Agirc-Arrco, dont deux en situation de minorité, gérés par des tiers) et d'autre part, des éléments législatifs spécifiques, eux-mêmes en cours d'évolution mais non totalement finalisés au moment de l'élaboration du plan.

Depuis, nonobstant des clarifications, le domaine de l'accompagnement des personnes handicapées demeure un secteur nécessitant une forte persévérance pour l'aboutissement des projets (ce qui exclut les porteurs non institutionnels). Un certain nombre de projets sont néanmoins en cours d'élaboration, sans perspective de réalisation à court terme.

Il en est ainsi des projets d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes, dont moins de dix ont vu le jour en France sur les trois dernières années.

Compte tenu des contraintes spécifiques à ce secteur d'une part, et de la convergence en cours avec le secteur des personnes âgées d'autre part, le sens des engagements précédents peut être réaffirmé.

Axes stratégiques :

Pour accompagner la perte d'autonomie en établissements pour personnes âgées ou handicapées :

- **réaffirmer** le plan médico-social et sanitaire 2008-2012, y compris dans sa dimension partenariale, et **étendre** sa mise en œuvre jusqu'en 2013 pour ajuster la cohérence des calendriers d'objectifs,
- **en fonction des négociations paritaires, s'engager** sur de nouvelles réalisations contribuant par leur caractère innovant à renforcer le plan médico-social et sanitaire défini,
- **renforcer** le positionnement pour les structures d'accompagnement des personnes en situation de handicap, notamment vieillissantes,

Ces axes stratégiques seront déclinés en actions de niveau 1 ou 2.

Le niveau 1 constitue le « noyau dur » cible de l'action sociale impulsé par les régimes et favorisant la mise en visibilité de l'action réalisée conjointement par les institutions. La déclinaison opérationnelle pourra prendre des formes variées : travail inter-institutions via le réseau de coordination de l'action sociale, action mutualisée, convention de partenariat, financement coordonné...

Le niveau 2 représente toutes les autres actions portées à l'initiative des institutions de retraite complémentaire et répondant aux axes.

Niveau 1 : Actions cibles à l'horizon 2013 (/ contrats d'objectifs 2011-2013)

- a. Pour le parc propriété :
 - i. porter l'ensemble du parc à un niveau qualitatif différentiel
 - ii. structurer une organisation interne professionnalisée
 - iii. s'engager dans une dynamique de filières gérontologiques
- b. Pour les partenariats sous forme de droits réservataires : soutenir et privilégier les initiatives valorisant les objectifs définis dans le plan médico-social et sanitaire 2008-2012
- c. En coordination avec le CCAH²⁵, organiser un appel à projets favorisant le développement de projets pour l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.

Niveau 2 : Toutes les actions à caractère individuel, de service ou collectif concourant à la mise en œuvre des axes stratégiques retenus.

²⁵ Comité de coordination de l'action en faveur des personnes handicapées,

Orientations prioritaires 2009-2013 validées par les CA de l'Agirc du 9 décembre 2008 et de l'Arrco du 10 décembre 2008

CONCLUSION

Les réflexions engagées au cours de l'année 2008 ont mis en exergue les transformations sociétales émergentes ou en devenir.

Outre le contexte démographique, l'environnement dans le secteur de l'action sociale évolue et se recompose selon plusieurs perspectives : départementalisation de l'action, décroisement régional entre hôpital, médecine de ville et médico-social²⁶, financement et évaluation des besoins des personnes âgées ou handicapées et mise en œuvre des plans d'aides personnalisées²⁷.

Dans ce contexte, l'action sociale de la retraite complémentaire doit à la fois conforter et réaffirmer ses caractéristiques au travers d'une démarche d'exemplarité (qualitative) et d'innovations, mais également se rendre visible dans cet environnement en mutation.

Cette double ambition affirme le sens donné à l'action sociale : démontrer l'intérêt ou la faisabilité d'une action, et accompagner si besoin un déploiement pour que d'autres acteurs (publics ou privés) en organisent la pérennité.

La forte mobilisation de l'ensemble des institutions de retraite complémentaire est alors nécessaire et la perspective d'un engagement de 70 % des dotations sociales dans les domaines prioritaires, réaliste.

Ainsi, la déclinaison d'actions communes ou partagées impulsées par les fédérations facilitera la visibilité de l'action sociale des régimes de retraite complémentaire et l'intérêt même du soutien d'actions cibles dans les trois domaines prioritaires :

- **développer la prévention,**
- **prolonger l'autonomie,**
- **accompagner la perte d'autonomie.**

Les institutions de retraite complémentaire, localement ou régionalement, contribueront non seulement à promouvoir d'autres actions innovantes ou encore à accompagner des réflexions au travers d'actions de recherche et développement.

La cohérence d'ensemble :

- les actions impulsées par les fédérations et déclinées en inter-institutions,
- les orientations des régimes au travers d'actions innovantes réalisées par les institutions,
- les actions spécifiques répondant aux besoins propres des populations suivies ou aux orientations complémentaires à celles définies au niveau des régimes,

et la visibilité de la retraite complémentaire Agirc et Arrco, renforceront durablement la crédibilité et la légitimité d'une action sociale de solidarité organisée par les régimes de retraite complémentaire, forte de sa capacité à évoluer.

²⁶ Création des Agences Régionales de Santé

²⁷ Mise en place du 5^{ème} risque

