



DOSSIER

Actions sociales de l'Agirc et de l'Arrco

Des orientations majeures

Sommaire du dossier

- ◆ Actions sociales de l'Agirc et de l'Arrco : des orientations majeures
- ◆ Environnement social et législatif : le défi de la perte d'autonomie
- ◆ Pour les institutions : priorité à l'accompagnement du vieillissement
- ◆ Dr Aquino : « Pour bien vieillir, il faut rester positif »

Dossier réalisé par la direction de l'action sociale du GIE Agirc-Arrco et Anne Verdier-Laborde

Actions sociales de l'Agirc et de l'Arrco

Des orientations majeures

Les régimes de retraite complémentaire ont pour caractéristique de mettre en œuvre, depuis leur création, une action sociale de « solidarité », caractérisée par la diversité des bénéficiaires, actifs, retraités mais aussi chômeurs et handicapés.

Ils sont également largement impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées et dans celui tout particulier des personnes âgées dépendantes dans le cadre d'une démarche de prévention, d'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile et de la réservation de places en structures collectives. Souvent pilotes, certaines initiatives des institutions de retraite complémentaire sont devenues des modèles d'autres réalisations sociales grâce à leur caractère novateur.

On le sait, les années qui arrivent vont se caractériser par un double choc démographique : celui, bien connu, des « baby-boomers » arrivant à l'âge de la retraite et celui, moins médiatisé, des personnes âgées de 85 ans et plus : une augmentation de 23 % en 2010 et de 70 % en 2020 du nombre des octogénaires par rapport à celui de 2000 est prévue. Cette évolution aura pour conséquence directe l'accroissement en nombre des personnes âgées dépendantes avec toutes les retombées sociales et économiques inhérentes.

Ces prévisions démographiques nous ont conduits, avec l'ensemble des partenaires sociaux et après l'accord de 2001, à accentuer les efforts des régimes complémentaires pour un accompagnement, global et évolutif, de la personne qui vieillit. Ce qui s'est traduit dans le cadre de l'actualisation des orientations sociales prioritaires de l'Arrco et du 7^{ème} programme d'action sociale de l'Agirc. Trois axes principaux ont été définis : la prévention de la perte d'autonomie, la préservation de l'autonomie à domicile et enfin l'accompagnement de la perte d'autonomie dans le cadre des résidences collectives. Nous insistons spécialement, dans tous ces domaines, sur l'aide aux aidants naturels et sur le maintien du lien social.

Ces orientations, décidées par les instances des deux régimes complémentaires, ont été confortées par un environnement qui subit des mutations rapides et profondes : choc démographique et nouveau cadre législatif. De plus, notre action sociale avait besoin de moyens et de visibilité. L'accord du 13 novembre 2003 apporte une réponse de durée en terme financier, en maintenant les dotations sociales Agirc et Arrco en euros constants sur la période 2004-2008. Ils donnent ainsi la visibilité dont nous avons besoin dans l'exercice de nos missions, en tenant compte des évolutions de la société.

Les partenaires sociaux ont mené à bien ces premières étapes, en renforçant moyens, durée et orientations prioritaires qui créent aussi pour l'action sociale une exigence renforcée.

Les orientations décidées par les régimes Agirc et Arrco sont surtout des guides pour les institutions dans leurs décisions et leurs pratiques, mais leur permettent aussi de développer des initiatives et de les faire connaître à tous. Nous avons maintenant une vision partagée s'intégrant aux dispositifs nationaux et proches des personnes âgées. ■

Paul Cadot, Président de la commission sociale Agirc
Joseph Maugin, Président de la commission de coordination de l'action sociale Arrco.



Paul Cadot



Joseph Maugin

Environnement social et législatif

Le défi de la perte d'autonomie

Le vieillissement démographique, comme les nouveaux dispositifs législatifs, oblige maintenant la société à porter une attention particulière aux personnes âgées dépendantes.

Dans les années à venir, la société française devra faire face à l'augmentation très importante des personnes âgées. Ce phénomène sera encore plus marqué chez les cadres (voir encadré p. 16), conséquence notamment du décalage dans le temps de la montée en charge du régime dans les décennies ayant suivi sa création.

Certes, l'allongement de la vie en bonne santé devrait continuer à progresser, apportant de la qualité de vie aux années. Pour autant, l'augmentation des personnes âgées sera telle qu'elle s'accompagnera inévitablement de celle du nombre des personnes touchées par des incapacités, nécessitant divers dispositifs d'entraide.

Selon les résultats de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance⁽¹⁾ (HID), la Drees⁽²⁾ souligne que l'explosion du quatrième âge dans les quarante prochaines années devrait avoir pour double conséquence l'augmentation des personnes dépendantes de 60 ans et plus et la croissance du nombre des conjoints survivants, en majorité des femmes. La progression des personnes âgées fortement dépendantes de 85 ans et plus est évaluée à 43 % pendant la période 2000-2020. Si on estime aujourd'hui à 600 000 le nombre des personnes âgées très dépendantes, la

France pourrait compter près d'un million de dépendants d'ici 15 ans.

L'enquête de la Drees a aussi mis en évidence le rôle déterminant joué par l'entourage des personnes en situation de handicap, tous âges confondus⁽³⁾ et leurs difficultés. Ainsi, les aidants s'épuisent souvent dans un accompagnement quotidien sans avoir de formation particulière.

(1) Enquête menée à l'issue du recensement de 1998.

(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Travaux menés par Colin, Bontout et Kerjosse.

(3) 5 millions de personnes ont déclaré bénéficier d'une aide régulière en raison d'un problème de santé.



© Images.com/Corbis

Les handicapés vieillissants

Il n'existe pas de définition officiellement reconnue du handicap. La Drees a donc considéré, dans l'étude HID^{*}, qu'une personne handicapée vieillissante est une personne de 40 ans ou plus présentant simultanément une déficience survenue avant l'âge de 20 ans et une incapacité.

Avant 60 ans, ces personnes rencontrent déjà de nombreuses difficultés dans leur vie quotidienne, qui n'apparaissent en général pas avant 75 ans chez les autres. Par exemple 11 % des personnes handicapées vieillissantes de 40 à 59 ans ont du mal à faire seules leur toilette contre 1 % de la population du même âge. 10 % utilisent avec difficulté le téléphone. La Drees a

ainsi constaté que les personnes touchées de longue date par un handicap présentent une perte d'autonomie plus importante et plus rapide que dans le reste de la population.

Ce n'est qu'à partir de 75 ans que les incapacités deviennent quasiment identiques. Les personnes handicapées vieillissantes arrivent dans des structures collectives plutôt vers 62 ans, contre 77 ans et plus dans les autres cas. Ayant le plus souvent vécu en collectivité, elles s'intègrent en général mal dans un établissement de personnes (plus) âgées (et) dépendantes.

* Enquête HID menée par Pierre Mormiche, Insee, décembre 2002.

Évolution des allocataires du régime Agirc, âgés de 85 ans et plus

Croissance de la population 85 ans et plus	Population française	Population Agirc
1986 à 2000	46 %	163 %
2000 à 2010	22 %	86 %
2000 à 2020	70 %	194 %

Le CLIC : Une plate-forme départementale

Créée en 1995, l'association de coordination gérontologique d'Elbeuf a été labellisée CLIC* de niveau 3 en 2002. Au delà de l'accueil, de l'écoute, de l'information et de l'orientation (niveau 1), de l'évaluation et des propositions de plan d'aide à la personne âgée dépendante (niveau 2), le CLIC assure aussi la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation de ce plan en concertation avec la personne âgée. Le niveau de labellisation est attribué par un « Copilclic » départemental, présidé par le conseil général, et contrôlé chaque année. Le CLIC a vocation, en outre, à répondre aux questions des professionnels et à coordonner leurs interventions.

L'équipe du CLIC est composée de quatre personnes, dont un ergothérapeute et une gérante de tutelle à temps partiel. Elle accompagne les personnes âgées et leur famille pour leur maintien à domicile et développe des actions de prévention pour les personnes âgées, leur famille ou les professionnels. Autour de la prévention, prédomine le travail de réseau entre gériatres, médecins généralistes, DDASS**, associations d'aide à domicile, de soins infirmiers, institutions de retraite complémentaire, associations de familles (Alzheimer, Parkinson), maisons de retraite, travailleurs sociaux...

Conférences sur la prévention des chutes, les ateliers mémoire, l'audition, les enjeux du vieillissement, la lutte contre la

maltraitance..., ont composé notamment le programme de 2004. Le fil rouge de 2005 sera en partie l'alimentation.

La coordination entre professionnels

Constatant l'augmentation de sa population âgée, notamment désorientée, le CLIC se préoccupe de plus en plus des aidants (conjoint ou enfants). Un groupe d'aide aux aidants professionnels a été mis en place à leur demande.

« Nous développons notre rôle de coordination, par exemple, quand nous avons connaissance d'un cas difficile de désorientation ou de maltraitance » explique Laetitia Guillaume, responsable du CLIC. « Nous avons capacité à réunir médecins, services sociaux, associations, familles et parfois la personne âgée elle-même. Ce rôle s'avère important lorsque nous pouvons faire un diagnostic précoce permettant à chacun de mener les actions qui vont ralentir la perte d'autonomie. Nous préparons ensemble l'entrée en établissement : réalisation de dossiers d'inscription, repérage des places disponibles, visite des lieux, rencontre avec le personnel. La personne peut s'habituer tranquillement à l'idée de vivre en collectivité. Si son état le permet, c'est elle qui prendra la décision. La transition se passe bien mieux pour tous ».

* Centre local d'Information et de coordination.
** Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

À leur propos, les professionnels formulent plusieurs constats :

- Les aidants éprouvent des difficultés à faire appel à des aides extérieures, tant par mauvaise appréciation du temps nécessaire que par tendance à minimiser les vrais besoins.
- Ils ne trouvent pas suffisamment d'écoute et d'information sur les pathologies, les situations de crise, les besoins matériels ou financiers, les solutions tampons qui permettraient quelque répit.
- Les réponses apportées aux familles d'une personne psychiquement dépendante sont inadéquates et incomplètes alors que ces formes de dépendance entraînent le plus de souffrance.

Il est à noter que, partout en Europe, la présence de la famille est jugée nécessaire voire indispensable. Son rôle fait l'objet d'une attention accrue des pouvoirs publics : prestations au Royaume-Uni ou en Italie, possibilité de rémunération ailleurs, comme en France. Ce dernier type de réponse n'est pas sans conséquence car, si elle est une reconnaissance du temps consacré, elle peut aussi couper les femmes, majoritairement concernées, du marché du travail.

La politique sociale au niveau du département

Alors que les instances des régimes Agirc et Arrco arrêtaient les grandes orientations en matière d'action sociale pour les années à venir en 2003, le législateur préparait deux lois complétant un dispositif déjà existant, celle du 30 juin 2004 relative aux personnes âgées et aux personnes handicapées, et l'autre votée le 13 août 2004 visant à transférer des compétences vers les collectivités territoriales et à décentraliser des services de l'État. Avec pour préoccupation commune : la prise en compte du vieillissement de la population française et du risque de la dépendance.

Ces lois repensent en profondeur les rôles des différents intervenants politiques auprès des personnes âgées, isolées et fragilisées. C'est au niveau du département que se mène aujourd'hui la politique sociale concernant les personnes âgées dépendantes. Désormais, outre le schéma gérontologique qu'il définit et met en œuvre, le département coordonne toute action avec le soutien des CLIC. C'est lui qui verse l'allocation

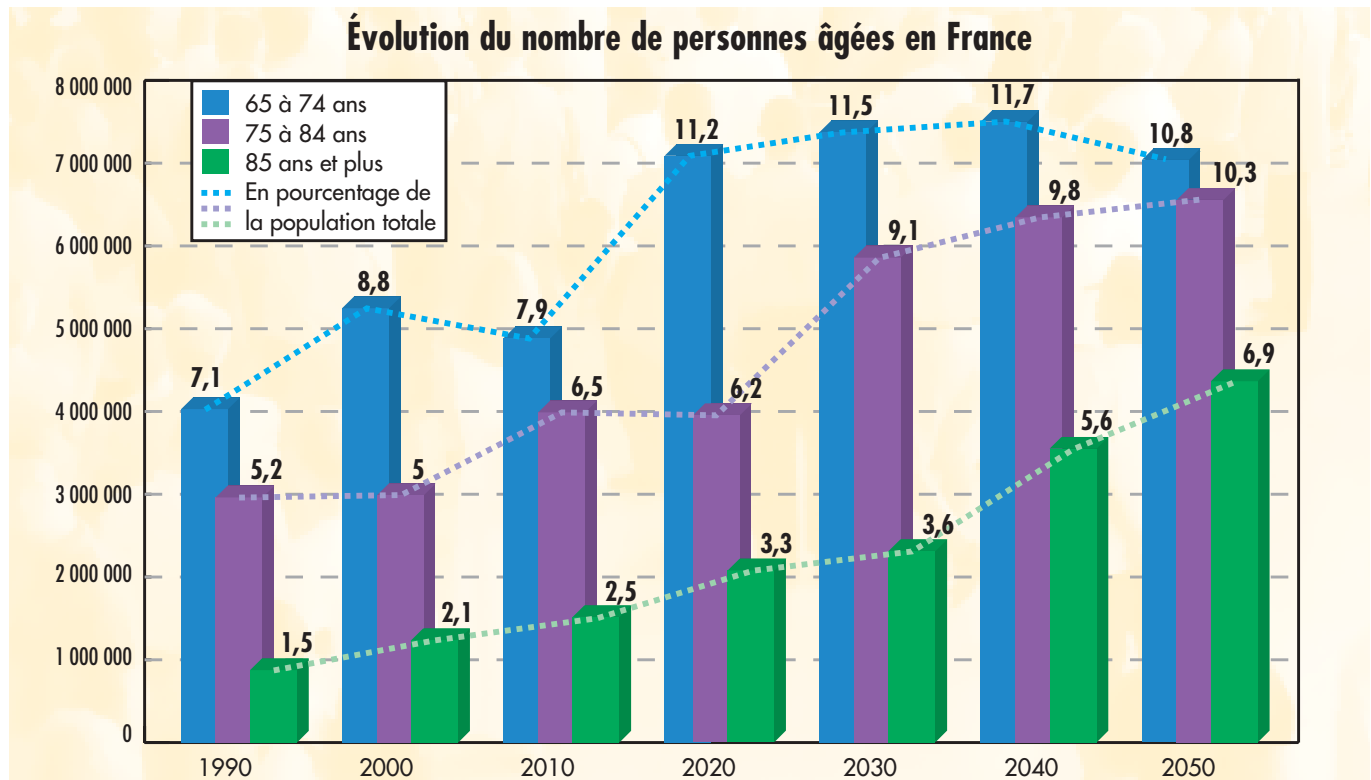
pour tierce personne, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) afin d'aider les personnes âgées dans les actes de leur vie quotidienne. C'est encore lui qui contrôle et finance les établissements d'accueil.

Ces mesures législatives se répercutent, bien évidemment, sur l'action sociale des régimes de retraite complémentaire. Dans le domaine de l'action sociale coordonnée menée par l'Arcco avec la Cnav par exemple, la loi instituant l'aide personnalisée à l'autonomie a retiré du champ de l'action sociale systématique des caisses de retraite une fraction supplémentaire de bénéficiaires de l'aide ménagère concernant les personnes classées en GIR 4, prises en charge dorénavant par l'APA.

Refus, déni de la dépendance : comment peut-on accepter de voir un proche perdre tout ou partie de ses facultés ? Pour autant, il est essentiel pour les sociétés du XXI^{ème} siècle, confrontées au vieillissement de leur population, d'appréhender le plus tôt possible les difficultés rencontrées par les personnes âgées, et de renforcer la détection et la prévention de la perte d'autonomie. En complémentarité des autres intervenants, les régimes complémentaires ont un rôle fort à jouer. ■



Évolution du nombre de personnes âgées en France



Pour les institutions Priorité à l'accompagnement du vieillissement

Les perspectives démographiques contraignent et surtout vont contraindre à recentrer l'action des régimes sur l'accompagnement du vieillissement, en particulier pour les personnes en perte d'autonomie et leurs aidants.

En juin 2003, les grandes orientations de l'Arrco et de l'Agirc sont arrêtées en matière d'action sociale. Elles fixent pour les institutions un cadre d'actions pour les années 2004 et suivantes et visent tout particulièrement l'accompagnement des personnes âgées. Objectifs : contribuer à prévenir la perte d'autonomie, à préserver l'autonomie à domicile de leurs allocataires âgés ou à soutenir leur perte d'autonomie dans des structures collectives. Dans un souci de cohérence et d'efficacité, les instances de l'Agirc et de l'Arrco ont défini des stratégies communes et des actions à mettre en œuvre dans le respect de leurs spécificités. Ces actions pourront d'autant mieux se déployer que des outils com-

muns ont été développés ces dernières années (voir encadrés p. 23).

Ces orientations prioritaires, comme les autres plans de l'action sociale des deux régimes, ne peuvent se concrétiser sans financement. En novembre 2003, l'accord pour les retraites complémentaires signé par les partenaires sociaux a prévu que la dotation sociale⁽¹⁾ sera constante, en euros, pour les années 2004 à 2008 inclus. En 2004, les dotations d'action sociale ont été de 228,7 millions d'euros pour l'Arrco et 91,5 millions pour l'Agirc. Ainsi les institutions connaissent-elles les moyens mis à leur disposition dans les quatre prochaines années pour mener à bien leur politique sociale au bénéfice de leurs ressortissants.

Des bilans épidémiologiques périodiques

Depuis 2001, les régimes Arrco et Agirc disposent, grâce à un outil commun d'évaluation, d'un bilan épidémiologique global. Près de 4 000 questionnaires sont remplis annuellement par des bénéficiaires de bilans de prévention, comprenant le recueil d'auto-évaluation, le diagnostic médical et le bilan psychologique. Leur analyse a permis de dégager un certain nombre de caractéristiques de la population qui fréquente ces centres, en majorité des femmes. Les résultats montrent notamment

l'importance du lien social dans le « bien vieillir ».

Les données collectées par les médecins des centres de prévention durant 3 ans (2001 à 2003) sur une population de 11 990 retraités constituent une base de données importante qui permettra d'établir des corrélations entre facteurs de risque, état de santé global et vieillissement réussi.

Source : Analyse statistique des données épidémiologiques Agirc-Arrco par Guillaume Chatelet, septembre 2004.

Prévenir la perte d'autonomie

C'est sur l'idée de « prévenir pour mieux vieillir » que l'Agirc et l'Arrco ont créé, dès 1979, plusieurs centres de prévention (voir encadré ci-contre), dans le cadre de partenariats régionaux inter-institutions. Huit centres accueillent aujourd'hui 4 000 visiteurs par an pour un bilan de prévention en trois temps : un recueil d'auto-évaluation, rempli par la personne elle-même, un entretien approfondi avec un médecin et un autre avec un psychologue. En fonction des

© IMAGES.COM/CORBIS

FASSAD 75 : La professionnalisation des intervenants

Trente-trois associations parisiennes composent la FASSAD, toutes agréées. Elles interviennent, chaque année, au domicile de plus de 25 000 personnes. Si l'aide ménagère demeure la prestation la plus importante, les associations ont su s'adapter aux besoins des personnes dépendantes, notamment par la création de services. Témoignages de Philippe Souder et de Bruno de la Soudière, respectivement directeur et président de la FASSAD 75.

« Notre véritable révolution "historique" vient de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. À Paris, elle nous a permis d'améliorer et diversifier les services d'aide à domicile pour les personnes âgées et moins âgées... Non seulement nous constatons une demande de plus en plus forte des moins de 60 ans, mais en plus le cadre défini par la loi de juin 2004⁽¹⁾ a fait sauter les clivages de l'âge. Nous avons élargi nos plages d'intervention et développé des activités complémentaires à nos aides traditionnelles : hébergement

temporaire, aide aux aidants familiaux, garde itinérante de nuit avec des "rondiers", soins palliatifs, aide administrative, gestion des budgets, tutelles agréées, animation, télé-assistance et entretien du linge. Cela va de pair avec la professionnalisation de nos intervenants. 12 % d'entre eux sont titulaires du CAFAD⁽²⁾, et 61 stagiaires sont en cours de formation DEAVS⁽³⁾. Mais nous rencontrons d'importantes difficultés de recrutement malgré une hausse substantielle de salaire pour les diplômés.

Notre action de soutien à domicile trouve sa limite lorsqu'il y a rupture complète du lien avec l'environnement. Le fait de travailler en réseau avec les services hospitaliers et médico-sociaux, les CLIC, les aidants et le patient lui-même permet de trouver la solution la plus adéquate. »

FASSAD 75 : Fédération des associations de soins et de services à domicile de Paris. www.fassad75.org

(1) Loi 2004-626 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

(2) CAFAD : Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile.

(3) DEAVS : Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale.

de dix ans –, plutôt que de rédiger la liste des incapacités par ailleurs nécessaire. »

Les nouvelles orientations des régimes visent à faire de ces centres des « lieux ressources » pour les populations fragilisées soit par le veuvage, soit par l'âge. « Ils évalueront notamment les facteurs de risques des personnes âgées de 75 ans et plus dans le cadre d'un bilan dit d'autonomie, commun aux huit centres », explique Anne Saint-Laurent, responsable de l'unité action sociale Agirc-Arrco. Les centres de prévention ont aussi vocation à s'adresser aux « aidants naturels » pour les conseiller et surtout les soutenir psychologiquement.

Préserver l'autonomie à domicile

Favoriser le maintien à domicile, c'est apporter un ensemble d'aides à la per-

sonne âgée adaptées à sa situation personnelle et à son degré de perte d'autonomie.

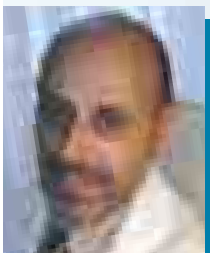
Ces aides concernent d'abord les actes essentiels de la vie quotidienne, les activités domestiques, le logement. Mais préserver l'autonomie à domicile passe surtout, pour nombre de personnes âgées encore peu frappées par la perte de leur autonomie, par ce qui permet de maintenir le lien social : sortir, rompre l'isolement. Prenons pour exemple, celui du transport accompagné pour aller chez le coiffeur, à la banque, rendre visite à sa famille, aller se recueillir sur une tombe ou pratiquer une activité culturelle. Conformément aux orientations prioritaires, le recours à des plates-formes de services pour ce type de prise en charge, solvabilisées par les chèques Domicile- Liberté, représente une

résultats, conseils sur les pratiques quotidiennes, orientation éventuelle vers le médecin généraliste ou spécialiste, activités à développer sont proposés à la personne pour améliorer son bien-être et diminuer les risques de perte d'autonomie.

Jean-Pierre Aquino, médecin gériatre, commente : « Il faudrait que les bilans gériatologiques valorisent davantage les aptitudes de la personne afin de mieux compenser ses handicaps – comme le font les centres Agirc-Arrco depuis plus

(1) Article 13 de l'accord du 13 novembre 2003.

« Pour bien vieillir, il faut rester positif »



Jean-Pierre Aquino*

Jean-Pierre Aquino, gériatre et médecin de santé publique, ne se laisse pas envahir par une gravité ambiante.

Pour lui, une personne âgée dépendante est avant tout une personne qui peut faire des choix et les assumer, même si sa situation nécessite différentes aides.

À quoi servent les bilans gérontologiques ?

Ils permettent de mieux connaître les facteurs de risques de dépendance : l'hypertension artérielle qui peut mener à un accident cérébral, l'ostéoporose qui facilite la survenue des tassements vertébraux et des fractures, le tabac, l'alcool... Si l'incapacité est déjà présente, la précision des diagnostics permet d'envisager une combinaison d'interventions qui stabilisent la personne : réadaptation, kinésithérapie, ergothérapie, physiothérapie d'une part, et aides techniques d'autre part. Le quotidien est plus facile avec une salle de bains aménagée, des couverts spéciaux, un cadran de téléphone à grosses touches ! En réalité, plus l'évaluation est pratiquée tôt, plus elle sera utile, car la prévention de la dépendance passe par un travail comportemental, souvent de longue haleine ; ainsi, par exemple, s'arrêter de fumer ou lutter contre la sédentarité demande du temps.

Que se passe-t-il lorsque la dépendance s'installe ?

Il arrive un moment où la dépendance nécessite présence et vigilance de l'entourage. Celui-ci endosse le rôle d'aidant, rôle lourd à porter s'il n'est pas soutenu.

Qu'est-ce que cela signifie ?

Les aidants sont des acteurs du maintien à domicile, avec des discours parfois contradictoires : ils veulent faire le maximum pour leurs parents, s'épuisent, et ont l'impression d'échouer s'ils se font aider ou si

un placement est recommandé...

C'est là que le médecin de famille, mais aussi les autres intervenants, personnels sociaux, associations de familles comme France-Alzheimer ou France-Parkinson, interviennent. Les maillages de proximité, comme les CLIC, donneront toute information sur la maladie, les droits sociaux, les aides, tandis que l'aidant sera conseillé pour gérer ses difficultés et son stress afin de supporter les situations complexes.

Les groupes de parole permettront de trouver des solutions personnelles par le partage d'expérience, à moins que l'on préfère un soutien psychologique individuel. Enfin, il faut se régénérer par le répit : celui-ci sera procuré par l'accueil de jour, une auxiliaire de vie à domicile... Information, formation, soutien psychologique vont donner à l'aidant les moyens de conserver son équilibre. Mais cette approche pluridisciplinaire et nécessaire n'est pas généralisée en France. Elle est le fruit d'actions innovantes, de personnes motivées et plus récemment d'incitations du législateur.

À quel moment faut-il penser à l'entrée en établissement ?

Un retour d'hospitalisation, un éloignement familial, un état dégradé après une chute : la question de l'entrée dans un établissement médicalisé va prendre forme. Cette solution peut être amenée doucement, mais souvent elle est brutale et perçue comme un dernier recours.

On ne peut plus continuer à présenter l'établissement d'accueil comme le résultat d'un échec. L'établissement répond à une situation de besoin et

non à une situation ultime. Le seul problème qui peut se poser est celui du financement, même si l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) participe en partie à la prise en charge.

Sur quoi se fonde l'orientation vers une structure médicalisée ?

La personne elle-même devrait décider de son lieu de vie. Or, nous sommes dans une philosophie plus axée sur la sécurité que sur la liberté. Imaginez qu'à la sortie de l'hôpital, on oriente le malade dans une « maison de convalescence », en fait une maison de retraite ! Si la personne est convaincue de retourner chez elle, il faut alors mettre en place les dispositifs nécessaires à son retour, et lui laisser le temps de prendre elle-même la décision de l'entrée en établissement.

Quelles sont les alternatives ?

Accueil de jour, hébergement temporaire sont des solutions intermédiaires qui peuvent aboutir à un choix délibéré, condition d'un placement réussi. C'est d'autant plus vrai quand l'établissement a su aménager des petites unités de vie, conçues comme des appartements, accueillant 10 à 15 personnes. Des équipes de médecins, architectes, gestionnaires ont pris en compte divers aspects concernant l'animation, le confort et la sécurité : jardin clos, acoustique, mobilier. Ces éléments contribuent au bien-être et aux bonnes relations des résidents entre eux. Dans une unité de vie, les équipes recréent une vie sociale : visites, lecture des journaux, ateliers divers, mais aussi mettre la table, faire la vaisselle... En préservant cette vie quotidienne, la personne continue à entretenir des contacts avec sa famille, parce qu'elle n'est pas coupée de la réalité. Mais nous devons innover davantage encore, en apprenant à mieux connaître la dépendance et ceux qui en souffrent.

* Jean-Pierre Aquino est médecin chef de la Clinique de la Porte Verte à Versailles et coordonnateur médical des centres de prévention Agirc et Arrco.



© IMAGES.COM/Corbis

solution appropriée et appréciée. Leur expérimentation en 2004 dans deux départements, le Maine-et-Loire et le Rhône, a été un véritable succès. Facilitant les déplacements accompagnés, parce que « *bouger, c'est vivre* », ils devraient être étendus à d'autres départements dès 2005.

Préserver l'autonomie de la personne âgée à domicile, c'est aussi apporter un soutien aux « aidants ». Toutes les analyses s'accordent sur ce point : l'entourage proche de la personne qui vieillit, sa famille dans la plupart des cas, occupe une place essentielle dans son maintien à domicile, moins onéreux que toute autre aide. D'où la prise de conscience, récente dans notre pays, de la nécessité d'accompagner ces aidants. Les multiples sollicitations, dont ils sont l'objet par le proche en perte d'autonomie, exigent, on l'a vu, qu'un soutien leur soit apporté pour qu'eux-mêmes ne se

retrouvent pas en situation d'épuisement ou de rupture sociale.

Fortes de ces constats, l'Agirc et l'Arrco ont engagé une réflexion pour faciliter l'accès à l'information, organiser une écoute, évaluer les besoins des aidants, trouver des solutions de répit ou des aides financières.

Accompagner la perte d'autonomie

Face à la diversité des cas de personnes perdant leur autonomie et en complément des aides au maintien à domicile, d'autres réponses peuvent être apportées. Parmi elles, le placement dans des structures collectives. Ces structures d'hébergement sont en nombre insuffisant, malgré un effort ces cinq dernières années.

Pourtant, les besoins sont bien réels. On l'a vu, la progression des personnes

très âgées sera importante. Tout particulièrement pour le régime des cadres, pour lequel il faudrait, pour maintenir une capacité d'accueil en lits médicalisés proportionnelle, accroître le parc de 400 lits⁽²⁾ par an pendant 20 ans, à comparer aux 80 lits de croissance annuelle sur la période couverte par le 6^{ème} programme.

Le parc propriété ne pouvant à lui seul répondre à ces besoins, les régimes Agirc et Arrco ont opté pour la réactivation d'une politique d'investissements en droits réservataires assortie d'une sélection de projets présentant un intérêt social marqué. Ils souhaitent s'impliquer dans la prise en charge des grands dépendants en s'intéressant particulièrement aux projets novateurs – accueil de grands dépendants (en particulier les désorientés),

(2) Y compris les droits réservataires arrivant à échéance au cours de cette période.



pertinence sociale avec des services divers (accueil de jour ou de week-end, hébergement permanent...) –, et situés dans des zones géographiques à fort déficit.

En ce qui concerne les handicapés vieillissants, leur institutionnalisation pose des problèmes différents de celle des personnes âgées dépendantes. Si les premiers ont vécu, au moins une large partie de leur vie d'adulte, en structure collective, leur vieillissement n'a pas été anticipé (voir le rapport Larroque, 1998). Les régimes Agirc et Arrco poursuivent leur soutien dans ce domaine et incitent à faciliter l'émergence de projets spécifiques. Ces établissements n'existent pas encore mais, prolongeant les modes d'hébergement antérieurs, ils présenteraient l'avantage de bien connaître leurs résidents et leur mode de vie.

Un changement de perspective

Sociaux, démographiques, sociologiques, ou législatifs, les bouleversements de l'environnement ont été déterminants dans la réflexion des régimes complémentaires. « *Auparavant, nous pensions aux retraités en fonction de leur âge ou de la grande dépendance. Nous*

Le rôle du comité de pilotage

Comme le prévoit l'accord de novembre 2003, le comité de pilotage Agirc-Arrco étudie les modalités de gestion des réalisations sociales des institutions (parc vacances et médico-social) pour examiner leur devenir. Cette mission permettra de porter un regard collectif sur l'ensemble de ces établissements.

En ce qui concerne le parc vacances, le comité de pilotage a décidé que la gestion du parc ne relevait plus de l'action sociale. Le concept novateur du tourisme social qui a justifié, en son temps, la création d'un parc vacances n'est plus aussi pertinent dans un contexte qui a fortement évolué et une offre qui s'est diversifiée. Un scénario qui permet de passer de la « logique sociale à une logique patrimoniale » a été retenu.

devons « inventer » une nouvelle façon de regarder la vieillesse et la vieillesse réussie, avec ou sans perte d'autonomie. Désormais nous devons nous placer dans une perspective d'intermédiation », explique Jean-Pierre Joudrier, directeur de l'action sociale Agirc-Arrco. « Cela revêt différents aspects tel que s'inscrire dans une chaîne d'intervenants pour devenir un élément du maillage territorial. L'intermédiation, c'est aussi donner le conseil adapté au bon moment à la personne âgée ou à sa famille. Ce qui suppose une bonne compréhension de sa situation présente mais aussi une anticipation de ce qui peut arriver. Nous devons adopter une vision de filière pour proposer, au fur et à mesure de l'évolution des besoins, des solutions de nature différente. Professionnaliser davantage encore le conseil dans le cadre de la démarche Eco (voir encadré ci-contre) en s'appuyant sur les outils mis en place, comme la base de données sociales, et renforcer le réseau des institutions de retraite est plus que jamais nécessaire pour jouer pleinement ce rôle de facilitateur. D'une action sociale appliquée selon des critères de ressources à des cas précis, nous évoluons vers une approche basée sur la relation avec la personne âgée, son entourage familial et les autres acteurs locaux. »

Dans ce changement de perspective de l'action sociale des régimes complémentaires, le rôle d'un réseau régional voire local est essentiel pour que de chaque région, les initiatives, les solutions, les observations remontent. L'implication des intervenants sociaux sur le terrain est fondamentale pour permettre l'émergence de projets innovants et répondre à l'évolution des besoins ; ces actions innovantes pourraient ainsi être proposées dans le cadre des prochaines orientations. « C'est au niveau du département, souligne Jean-Pierre Joudrier, que la politique sociale concernant les personnes âgées se dessine aujourd'hui. Mais n'oublions pas non plus la dimension européenne, qui pourrait placer ce secteur dans le champ de la libre concurrence, susceptible d'influer sur une action sociale qui s'appuie, en France, sur le monde des associations et du bénévolat plus que sur les sociétés de services. » ■

Le travail en réseau

Depuis 2001, les comités régionaux assument leurs missions d'élaboration et d'enrichissement de la base de données sociale (BDS), le suivi des droits réservataires et l'étude de projets collectifs. Mais le temps est venu « de faire un état des lieux, de mutualiser le suivi de ces droits réservataires et de donner plus de reconnaissance à l'important travail du réseau sur le terrain, explique Anne Saint-Laurent. L'Agirc et l'Arrco réfléchissent à la mise en relation des comités entre eux, pour constituer la véritable trame du réseau. C'est devenu d'autant plus nécessaire qu'avec la décentralisation, le département joue un rôle majeur dans l'action sociale en faveur des personnes âgées. Le réseau doit évoluer pour faire reconnaître sa place dans les régions. »

Une procédure pour évaluer les projets EHPA

Depuis 2003, institutions et fédérations ont mis au point une procédure d'évaluation des projets de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Cette procédure vise à faciliter leur détection, à diffuser plus rapidement les informations les concernant à l'ensemble des institutions et à harmoniser les concours financiers. Elle définit un traitement homogène de tous les projets sociaux au niveau de la région. Au cœur du dispositif : la caisse animatrice du comité régional et des correspondants chargés de traiter les dossiers.

La base de données sociales, l'outil du réseau

Les professionnels des services sociaux des institutions et des fédérations partagent une base de données sociales (BDS) qui leur permet de travailler efficacement en réseau. Elle est aujourd'hui une importante source d'information alimentée par 21 comités régionaux. Elle recense près de 10 000 structures, 15 000 services (prestations) et les coordonnées de 3 200 professionnels. Elle intègre notamment les données concernant les établissements dans lesquels les institutions possèdent un grand nombre de droits réservataires.

Le parc social des régimes Agirc et Arrco

70 établissements médico-sociaux et sanitaires en propriété pour 6 700 lits et 65 résidences de vacances représentant une offre d'accueil de 4 300 logements. Par le biais d'indicateurs, l'Agirc et l'Arrco mettent en place une veille sur la santé économique de ces établissements. Les institutions situent ainsi les établissements dont elles assurent le pilotage par rapport à d'autres de nature et de volume comparables. Une étude au cas par cas des situations d'alerte est alors engagée. En outre, les institutions réservent des droits d'accès prioritaires à leurs ressortissants en EHPA et EHPAD. À ce jour, 20 000 lits ont été ainsi réservés. En 2003, cette forme d'investissement a représenté 5,4 millions d'euros pour l'Agirc et 8 millions d'euros pour l'Arrco.

La démarche ECO

La démarche Ecoute, conseil, orientation (ECO) met en œuvre des actions de service personnalisées souvent à caractère non monétaire et assure leur suivi : accompagnement du vieillissement, veuvage, surendettement, handicap, famille... Les conseillers s'appuient sur les outils mis à leur disposition comme la base de données sociales.

Des actions de terrain portées par les institutions

S'il appartient aux partenaires sociaux de définir les orientations de la politique d'action sociale, il est clair que leur mise en œuvre sur le terrain est portée par les institutions de retraite complémentaire. Ainsi, chaque institution, selon son organisation nationale ou décentralisée, se trouve en prise directe, tant avec les acteurs sociaux qu'avec les personnes en difficulté ou leur famille. C'est dans cette relation de proximité que les actions menées prennent toute leur dimension et leur légitimité.

Ainsi, la coopération inter-institutionnelle et inter-régimes s'articule autour de plusieurs grands projets :

- La constitution du réseau et la base de données sociales,
- La prévention gérontologique,
- L'aide aux aidants et le maintien des liens sociaux,
- La détection et l'évaluation pour le financement des nouveaux projets EHPAD,



© IMAGES.COM/CORBIS



© IMAGES.COM/CORBIS

- Le suivi des droits réservataires en établissement d'hébergement pour personnes âgées,
- La gestion du parc des établissements médico-sociaux.

Deux projets inter-institutionnels s'inscrivent dans une logique spécifique à chaque régime :

- Pour les institutions Arrco, l'action sociale coordonnée autour de l'aide ménagère, de l'adaptation de l'habitat et de l'évaluation des besoins à domicile,

- Accompagnement +, spécifique aux institutions Agirc, pour la prise en charge des situations de chômage des cadres en grande difficulté, en partenariat avec l'Apec.

La mise en œuvre de ces projets partagés ne remet pas en cause l'approche individualisée par les institutions des situations pénalisantes affectant leurs ressortissants, retraités ou actifs. Elles peuvent faire l'objet d'une étude sur dossier et de l'attribution d'aides.