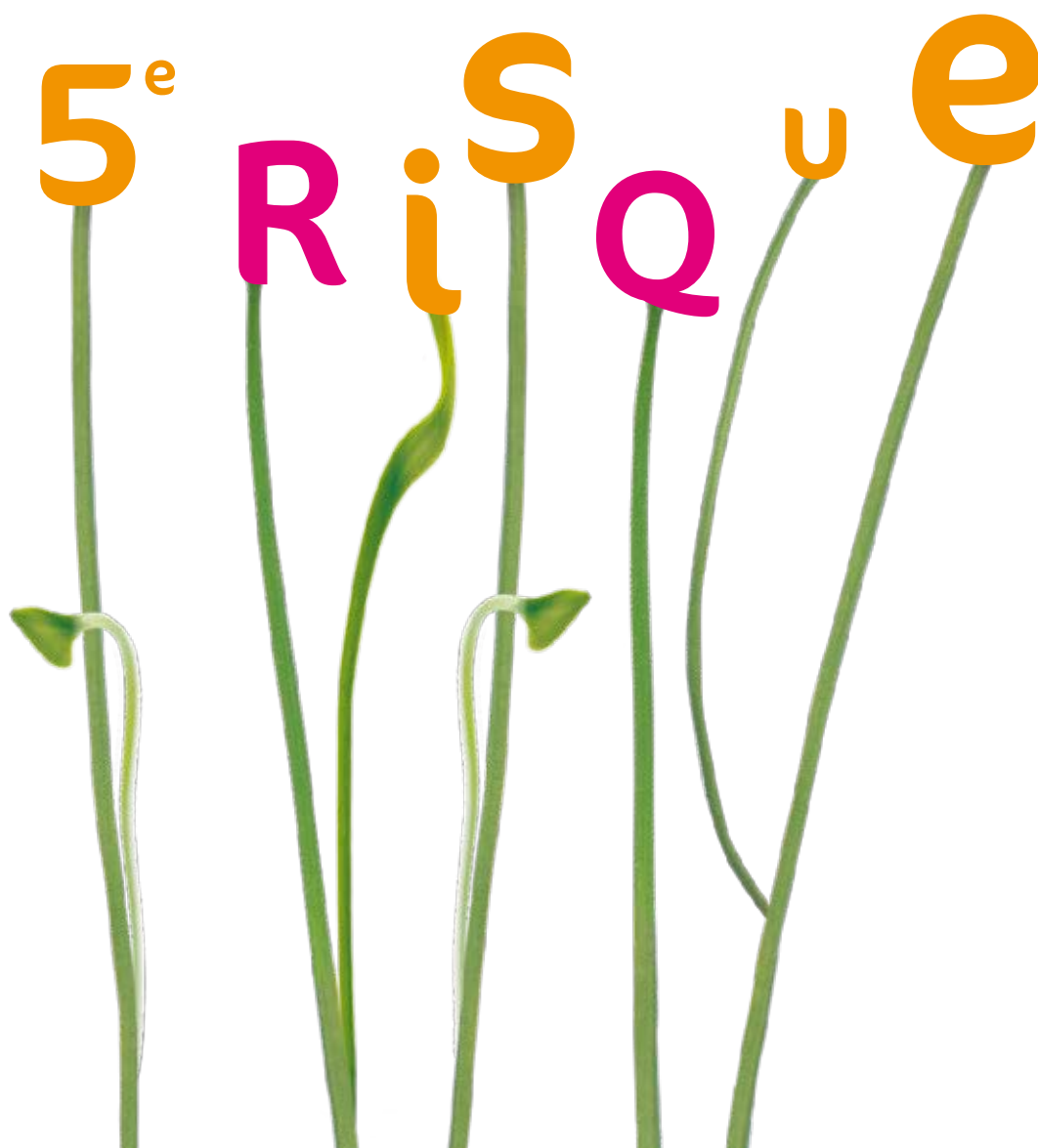


QUESTIONS DE PRIORITÉ QUESTION DE DIGNITÉ

La journée du cinquième risque de protection sociale
Dépendance et Perte d'Autonomie

Le mardi 1^{er} juin 2010 - Lyon



QUESTIONS DE PRIORITÉ, QUESTION DE DIGNITÉ



QUATRIÈME JOURNÉE DU CINQUIÈME RISQUE DE PROTECTION SOCIALE

Dépendance et Perte d'Autonomie

Le mardi 1^{er} juin 2010

Lyon

SOMMAIRE

OUVERTURE	3
TABLE RONDE N°1	6
ÉTAT DES LIEUX : LA PERTE D'AUTONOMIE AUJOURD'HUI	
PRÉSENTATION DU BAROMÈTRE FRANCE INFO OCIRP-LE MONDE	15
TABLE RONDE N°2	17
PROSPECTIVE : LE CINQUIÈME RISQUE DEMAIN	
CONCLUSION	23

Les débats sont animés par M. Patrick LELONG (France Info).



OUVERTURE

LA TROISIÈME JOURNÉE DU 5^E RISQUE DE PROTECTION SOCIALE

Ouverture :

- **Bernard ENNUYER**, sociologue ;
- **Pierre HÉMON**, adjoint au Maire de Lyon, délégué aux personnes âgées.

M. Patrick LELONG

Pierre HÉMON est adjoint au maire de Lyon délégué aux personnes âgées. Il nous fait le plaisir de parrainer cette manifestation. Je lui laisse la parole pour quelques mots d'introduction avant de rentrer dans le vif du sujet.

M. Pierre HÉMON

Je vous remercie de m'avoir présenté comme parrain de cette manifestation, et je tiens à mon tour à en présenter sa marraine, la conseillère auprès de Gérard COLLOMB sur la question du handicap notamment, Thérèse RABATEL. Je la remercie d'être venue, car il me semble particulièrement important que la question du vieillissement des personnes âgées et celle du handicap soient traitées ensemble.

Je vous souhaite à tous la bienvenue à cette nouvelle journée de réflexion sur le 5^e risque de protection sociale. Je remercie l'ensemble des intervenants de nous avoir sollicités. Nous nous réjouissons de vous accueillir à Lyon, et je vous souhaite également la bienvenue au nom de Gérard COLLOMB, sénateur-maire.

Nous vous recevons il y a un an pour une première journée d'étude et j'aimerais à ce titre poser quelques questions aux intervenants présents parmi nous ce matin.

Où en sommes-nous d'un projet de loi sur le nouveau champ de protection sociale ? Qu'en est-il de l'implication personnelle du Président de la République dans ce projet qui constituait une promesse de campagne ? Même si nous savons ce qu'il en est de ses promesses, je souhaite rappeler les propos que Nicolas SARKOZY tenait en 2007 :

« Je créerai une cinquième branche de la protection sociale pour consacrer suffisamment de moyens à la perte d'autonomie, et garantir à tous les Français qu'ils pourront rester à domicile s'ils le souhaitent ». Il reste maintenant moins de deux ans au président pour honorer celle-ci.

S'il me semble particulièrement important de travailler dans cette direction, je crains que nous n'avancions guère et que nous ayons même tendance à reculer. Le défi de la dépendance ne doit pourtant devenir ni l'Arlésienne, ni un serpent de mer.

Qu'en est-il de la loi du 11 février 2005 sur le handicap, qui prévoyait dans son article 13 la suppression de la discrimination liée à l'âge dans un délai de cinq ans ? Nous avons pu constater, le 11 février 2010, que cette discrimination n'avait toujours pas pris fin, ce que je regrette. Il semble même que les ambitions affichées fassent l'objet de quelque recul. Pourtant, cette spécificité française consistant à distinguer, au niveau institutionnel, personnes âgées dépendantes et personnes handicapées, y compris vieillissantes, est source de nombreuses inégalités, d'incompréhension et d'injustice.

Depuis un mois, nous sommes par ailleurs entrés plus vivement dans le débat sur les retraites, leur financement et le vieillissement des individus. La dépendance est parfois avancée comme élément justifiant l'allongement de la vie professionnelle. Sur ce point, je remercie Madame CONSEILLE du SMD Lyon - association effectuant un travail remarquable dans le maintien à domicile dans notre ville - qui m'a adressé récemment des chiffres relatifs à l'espérance de vie. Ainsi, l'espérance de vie indemne (sans incapacité de type 1) ressort à 34 ans pour un cadre supérieur, contre 24 ans pour un ouvrier. L'espérance de vie sans incapacité de type 2 atteint 40 ans pour un cadre supérieur contre 32 ans pour un ouvrier. Enfin, l'espérance de vie sans incapacité de type 3 (dépendance) s'établit à 45 ans pour un cadre supérieur, et 38 ans pour un ouvrier. Les ouvriers vivent donc moins longtemps que les cadres, et vivent également moins longtemps sans incapacité. Il s'agit d'une inégalité sur laquelle il nous faut travailler.



OUVERTURE

Nous sommes nombreux à partager la préoccupation suivante : que chacun puisse naître, vivre et mourir égaux en droit. Il s'agit bien d'une question de dignité et d'une priorité. Je souhaite que vos travaux soient féconds. Je les suivrai personnellement tout au long de cette matinée.

M. Patrick LELONG

Après ces quelques mots d'introduction, je souhaite poser la question soulevée par Pierre HÉMON de manière plus provocante à Bernard ENNUYER. Scie-t-on actuellement cette 5^e branche ? Pensez-vous que ce qui a été promis moult fois par le président de la République ne verra effectivement pas le jour en 2010, ou alors pas sous la forme d'un grand débat tel que souhaité et annoncé ? Quel est vraiment votre point de vue ?

M. Bernard ENNUYER

Plus j'avance sur cette question-là, moins je comprends la situation. Le discours devient tellement complexe que je me demande si le statu quo ne serait finalement pas la meilleure solution ! Cette question se fait d'autant plus prégnante au regard des travaux actuels du Sénat. Nora BERRA reste étrangement silencieuse. Interrogée récemment par des journalistes, elle a abordé de nombreux sujets sans prononcer un mot sur ce nouveau champ de protection sociale.

À ce propos, je partage le point de vue de Pierre HÉMON sur le caractère extrêmement dangereux de la notion de 5^e risque, dont personne ne sait de quoi il retourne. En la matière, je partage donc la position de la CNSA qui, dans son rapport de 2007, parlait d'un nouveau champ de protection sociale et d'un droit universel à prestation de compensation, quels que soient le handicap et l'âge.

Où en sommes-nous aujourd'hui ? J'ai participé, le 11 mai, à un colloque organisé par des parlementaires de la majorité, au cours duquel Philippe MARINI s'est exprimé en visioconférence, sur la base de son rapport de 2008. Y aura-t-il un projet de loi ? Je le crains. Denis JACQUAT, député UMP, qui connaît très bien le champ

de l'aide à domicile, me disait récemment qu'une fois l'encre du projet de loi sur les retraites sèche, la question de la dépendance des personnes âgées serait mise en chantier, ce qui signifie que le gouvernement a, d'entrée de jeu, tiré un trait sur la fin de la discrimination par l'âge qui sera donc probablement maintenue. C'est un point qui me semble extrêmement grave.

Nous avons par ailleurs rencontré des représentants de l'APF avec qui nous essayons de nous battre sur ce point. Ceux-ci partagent la nécessité éthique de supprimer cette barrière d'âge, c'est-à-dire de modifier l'article 13, mais nous n'en prenons pas le chemin. Il convient également de mentionner le caractère elliptique de cet article. Le délai de cinq ans court-il à compter de la promulgation de la loi (soit jusqu'au 1^{er} janvier 2011) ou à compter de sa parution (soit jusqu'au 1^{er} février 2010) ?

Je souhaite également vous faire part de l'initiative du groupe des 31 représentants des associations à la CNSA qui entendent soutenir des individus de 60 ans et plus qui, au lieu de solliciter l'APA, solliciteront la PCH, ce qui me semble une démarche très intéressante d'un point de vue juridique. Prétendre à la PCH nécessite de souffrir d'une incapacité absolue à faire des actes de la vie quotidienne ou de deux incapacités graves. Or, la plupart des gens de 60 ans qui demandent l'APA répondent juridiquement à cette condition. À ce titre, je ne vois pas comment la PCH pourrait leur être refusée. Ces personnes sont prêtes à porter l'affaire jusque devant la Cour européenne pour faire condamner la France pour discrimination par l'âge.

Un membre de la mission parlementaire m'a, à l'inverse, soutenu que l'on ne pouvait pas mettre sur un même plan un enfant de 5 ans en situation de handicap, et une personne de 90 ans en situation de handicap, ce qui est tout à fait clair ; le projet de vie n'est pas le même, mais une personne de 90 ans a néanmoins un projet de vie. Je rappelle que la PCH peut atteindre 6 000 euros à 8 000 euros, alors que l'APA plafonne en moyenne à 832 euros. Ce rapport de 1 à 10 pose clairement question. Nous ne réclamons pas l'égalité systématique des prestations, mais une équité des sommes par rapport aux projets de vie. De notre point de vue, l'APA devrait au minimum être multipliée par



OUVERTURE

deux ou trois, ce qui représente 5 à 10 milliards d'euros. L'APA des GIR 1 et 2 pourrait être renforcée sur la base d'un recours sur patrimoine qui, sur la base du choix de chacun, l'engagerait ou non à concurrence de 150 000 à 200 000 euros environ. Ainsi, un individu qui disposerait d'un patrimoine supérieur à 200 000 euros sans vouloir l'engager, bénéficierait de l'APA à hauteur de la moitié de son montant actuel. Dans le cas contraire, le gouvernement pourrait récupérer jusqu'à 20 000 euros des sommes versées à ce titre.

Enfin, la question de l'assurance individuelle reste très prégnante. Des groupes de travail sont en place. La réunion du CORA du 18 décembre 2009 a été marquée par une très forte offensive de la FFSA, en tête de laquelle AXA notamment, prêche fortement en faveur de l'assurance individuelle. À l'inverse, des élus communistes comme Marielle BEAU défendent l'assurance collective sur ce type de risques. Sur ce point, nous sommes confrontés à un véritable choix de société. Quoiqu'il en soit, il convient de noter que, d'après le rapport de la Cour des comptes

de 2005, la France n'a jamais mis en œuvre de politique cohérente en direction des personnes âgées malades. Actuellement, moins du tiers des besoins sont couverts par l'APA. La Cour des comptes a également pointé du doigt le coût des services à la personne, soit 6,6 milliards d'euros par an, dont la moitié est versée aux classes les plus aisées.

En conclusion, aucun projet précis ne se fait jour actuellement même si le gouvernement continue à l'annoncer pour demain. Le président SARKOZY s'y est engagé personnellement dans ses vœux du 31 décembre. Mais nous craignons que ce projet ne traduise un recul par rapport à l'existant. Au sein d'un groupe de travail mis en place par Xavier BERTRAND, Monsieur de MALLERAY me soutenait dernièrement que la récupération sur succession n'était pas dissuasive, alors que tout le monde sait bien que tel n'est pas le cas. Je ne suis donc pas très optimiste. Peut-être vaudrait-il mieux que ce gouvernement ne fasse rien et attendre le prochain !



TABLE RONDE N°1

ÉTAT DES LIEUX : LA PERTE D'AUTONOMIE AUJOURD'HUI

Participent à cette table ronde :

- **Jean-Pierre AUDRAN**, directeur des activités assurances, AG2R La Mondiale ;
- **Scarlett DIDOT**, responsable action sociale Centre-Est, groupe Mornay ;
- **Bernard ENNUYER**, sociologue ;
- **Yves MONDON**, responsable développement action sociale, AG2R La Mondiale ;
- **Michel PULITO**, responsable du pôle gérontologique Pays de l'Ain, MUTEX-UNPMF-Mutuelle ADREA ;
- **Frédéric ROBIN**, médecin gériatre, MUTEX-UNPMF-Mutuelle ADREA.

M. Patrick LELONG

Cinq invités vont venir nous rejoindre pour la première table ronde. Vous aurez la possibilité de vous exprimer, à la fin des exposés. Je demande à Yves MONDON, responsable du développement de l'action sociale, et Jean-Pierre AUDRAN, directeur des activités assurance d'AG2R La Mondiale, de venir nous rejoindre à la tribune. J'invite Scarlett DIDOT, responsable de l'action sociale Centre Est au sein du Groupe Mornay, à faire de même, ainsi que Michel PULITO, gériatre et responsable du pôle gérontologique des Pays de l'Ain, et Frédéric ROBIN, gériatre également, représentant Mutex, l'UNPMF et la Mutuelle ADREA.

Nous avons pu constater, dans les propos précédents, que nous nous n'étions pas très entendus. Peut-être faut-il en revenir aux chiffres et notamment à la part des personnes âgées dépendantes dans la société, ainsi qu'aux évolutions constatées jusque-là. Nous ferons ce constat préalable avec Yves MONDON.

M. Yves MONDON

Nous essaierons d'être le plus clair possible. La situation l'est objectivement, mais les solutions peuvent être sujettes à discussion. Je qualifierai la courbe projetée de « courbe choc ». Elle

figure en noir l'évolution des personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4). La courbe rouge figure l'évolution des aidants naturels – souvent les filles – qui diminuent fortement, alors que la courbe noire est en forte croissance.

En 2006, les partenaires sociaux et le gouvernement ont pris conscience de cette problématique démographique, et ont mis en place le Plan Solidarité grand âge, décliné en cinq axes : le libre choix du domicile, le développement d'alternatives à la maison de retraite classique, l'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées, la mise en place d'un financement solidaire des dépendances, et le développement de la prévention. Ensuite, le volet médicosocial du plan personnes âgées a traduit une autre prise de conscience, dont l'objectif était d'investir dans des lits afin que l'offre d'hébergements augmente, à hauteur de 1 000 lits par an.

La période 2009-2013 a été marquée par la fixation d'axes prioritaires au sein des fédérations Arrco et Agirc :

- développer la prévention du « bien vieillir » ;
- prolonger l'autonomie à domicile ;
- accompagner la perte d'autonomie en établissement.

Des mesures ont été prises pour compenser l'écart entre les deux courbes jusqu'à 2020. Le problème deviendra en revanche plus prégnant ensuite – période durant laquelle il conviendra de compenser la perte des aidants naturels. Comment prendrons-nous alors en charge les personnes âgées dépendantes ? Plusieurs mesures de compensation sont envisageables, comme le 5° risque dont nous parlerons très largement aujourd'hui. Une autre réponse réside dans les structures associatives qui assurent un travail formidable en matière d'accueil de jour, quelles que soient les pathologies. Enfin, la réponse peut également être assurantielle. Sur ce sujet, je laisse la parole à mon collègue qui va vous présenter une étude réalisée par le Groupe AG2R La Mondiale pour connaître le risque dépendance, l'étude SIPAF.

M. Patrick LELONG

Nous parlons de solidarité familiale grandissante, alors qu'au regard des courbes projetées, la famille semble se désinvestir. Qu'en est-il exactement ?



TABLE RONDE N°1

M. Yves MONDON

Il ne s'agit pas d'un problème de désinvestissement des familles, mais plutôt d'un problème de démographie. La courbe rouge représente les aidantes familiales qui sont les femmes âgées de 50 à 69 ans, qui sont en quelque sorte une « espèce en voie de disparition ». Il ne s'agit donc pas d'un désengagement de leur part ; bien au contraire. En revanche, l'usure de ces familles est dramatique.

M. Bernard ENNUYER

J'aurais souhaité que Jacques GAUCHER soit présent, puisqu'il est un éminent spécialiste lyonnais de la question des aidants familiaux. Quoiqu'il en soit, je pense pour ma part qu'il n'y a pas d'aide naturelle. L'aide familiale est une construction sociétale. Les enfants ont le droit de ne pas s'occuper de leurs parents. Cette parole mérite d'être dite et entendue. D'après les projections démographiques, le nombre de femmes âgées de 50 à 69 ans va diminuer, du fait que le nombre d'enfants par famille a baissé. 15 à 20 % des femmes âgées aujourd'hui de 90 ans n'ont pas eu d'enfant ou n'en ont plus. Le premier aidant n'est donc plus l'enfant, mais bien plus souvent le conjoint. Mais, nous pouvons aussi penser que, dans les 30 ans qui viennent, les conjointes se retrouveront moins souvent isolées, compte tenu de la réduction du différentiel d'espérance de vie entre les hommes et les femmes.

Je suis par ailleurs très préoccupé par la pression subie par les enfants au regard de l'aide que l'on attend d'eux. Cette pression est à la fois psychologique, matérielle et financière. Les familles dépensent aujourd'hui de 7 à 10 milliards d'euros pour l'hébergement de leurs parents ou le paiement d'heures complémentaires pour l'aide à domicile. La situation actuelle est d'ores et déjà grave du fait de l'insuffisance des politiques publiques, des professionnels et de l'aide des familles. C'est donc dès maintenant qu'il nous faut agir, en renforçant le nombre de professionnels. Je pense pour ma part que le rôle des familles consiste à rester garant de l'identité de leurs parents, aux côtés de ces professionnels. Mais, ce sujet n'a pas été suffisamment travaillé et le Gouvernement laisse les professionnels et les familles perdre pied.

M. Patrick LELONG

Nous allons poursuivre sur cet axe en examinant les actions concrètes qui sont mises en place en matière de prévention.

M. Jean-Pierre AUDRAN

L'AG2R La Mondiale s'est interrogé sur l'efficacité de ses actions de prévention et des services proposés, ainsi que sur leur adaptation aux besoins de la population. Ainsi, une étude épidémiologique, le SIPAF (Système d'information permanent sur une autonomie fonctionnelle), a été mise en place. Celle-ci doit permettre de mesurer et de distinguer le bien vieillir, la fragilité et le vieillissement lié à une maladie.

La méthodologie est la suivante : chaque année, 3 000 personnes âgées sont tirées au sort puis interrogées à domicile par une infirmière, sur la base d'un protocole établi, la première et la deuxième année, ce qui permet d'observer l'évolution de l'état de santé de la personne et de ses besoins. L'enquête est stratifiée par âge, et plusieurs cohortes sont formées puisque, chaque fois, l'étude porte sur les 3 000 personnes de la première année et celles de la deuxième année. L'analyse est menée en fonction des générations. En matière de perte d'autonomie, il serait en effet inexact de penser qu'une personne âgée de 70 ans en 1980 ou aujourd'hui présente les mêmes risques.

Les questions posées ont toutes été validées préalablement dans des études internationales. La première question porte sur les caractéristiques démographiques. À la suite des premiers résultats, une question sur le niveau d'aisance dans la jeunesse y a été ajoutée. Nous interrogeons l'individu sur son histoire familiale, afin de déterminer des biomarqueurs de la longévité. Nous essayons de déterminer si l'âge de la puberté et de la ménopause sont prédictifs d'une évolution particulière en termes de perte d'autonomie. Une série de questions porte sur la santé déclarée, afin de mesurer le décalage entre le ressenti et la réalité. En effet, le fait de se sentir en mauvaise santé par rapport à la moyenne des personnes de son âge constitue un facteur prédictif de perte d'autonomie. Le questionnaire porte également sur



TABLE RONDE N°1

les maladies chroniques, les symptômes gériatriques (la peur de tomber, les chutes...), les limitations fonctionnelles (vision, audition, capacité d'expression...), les limitations fonctionnelles cognitives, ou encore la capacité à utiliser des nouvelles technologies (prendre de l'argent au distributeur, programmer ses appareils électroménagers, prendre le train...). Il s'agit d'analyser l'ensemble des facteurs sociaux et démographiques, afin de détecter les évolutions et de déterminer les facteurs prédictifs du bien vieillir et de la perte d'autonomie.

Les personnes sont interrogées sur leur aptitude à faire des projets. L'étude porte également sur tous les facteurs de risque classique, y compris les relations sociales. Il s'agit de savoir si la personne âgée peut faire appel à quelqu'un pour se déplacer ou pour discuter, ou encore si quelqu'un lui porte de l'affection. Ces points sont souvent négligés dans les études, alors qu'il s'agit d'un élément essentiel du bien vieillir.

Le questionnaire aborde également la nutrition et la consommation médicale. Des tests physiques sont enfin réalisés pour mesurer un éventuel décalage entre le perçu et la réalité.

Les premiers résultats de l'étude seront présentés prochainement par nos conseillers scientifiques. Il en ressort des situations sociales catastrophiques ; de nombreux signalements s'en sont suivis. L'étude a également permis de mettre en exergue le manque d'information ainsi que le besoin de nouveaux métiers, notamment celui d'infirmière en prévention, en conseil de santé. Il apparaît que certaines personnes sont un peu sourdes, pour la seule raison qu'elles ne savent pas nettoyer leur appareil auditif.

M. Bernard ENNUYER

Je vais volontairement être provocateur. Les études de ce type sont très nombreuses, et, globalement, nous connaissons les conditions du bien vieillir. Les sociologues ont montré, il y a 20 ans, que la santé perçue est fondamentale par rapport à la santé réelle. Jusqu'à quand va-t-on faire des études sans que rien ne change concrètement dans la vie des individus ? De la même manière, l'Insee travaille depuis 40 ans sur le

différentiel d'espérance de vie entre les cadres supérieurs et les ouvriers. Je ne nie pas la nécessité de ces études, mais quelles en seront les conséquences concrètes en termes d'éducation, d'emploi, ou encore d'enrichissement des tâches, qui sont autant de conditions du bien vieillir ? Comment les rendre vraiment opérationnelles ?

M. Jean-Pierre AUDRAN

C'est un peu le monde à l'envers : le sociologue se plaint de trop d'études, alors que l'opérationnel se réjouit d'en faire une !

M. Patrick LELONG

Les aidants sont souvent le parent pauvre du dispositif à venir. Nous allons aborder cette question avec Scarlett DIDOT. Quelles sont les pistes pour soulager le poids et les responsabilités qui pèsent sur leurs épaules ?

Mme Scarlett DIDOT

Les aidants familiaux ne sont pas que des femmes. La relation entre l'aidant et l'aidé est très complexe et s'est parfois tissée au fil des ans, mais pas seulement. Ce rôle incombe parfois à l'aîné, ou aux « contraints » - le célibataire, le chômeur ou le sans enfant. Tout le monde ne choisit pas ce rôle, et la difficulté à exprimer l'usure constitue vraiment un sujet tabou en France. De ce fait, les travailleurs sociaux des caisses de retraite ne parviennent pas toujours à les identifier. Lorsqu'ils se tournent vers nous, ils sont souvent épuisés parce qu'ils n'ont pas réussi à s'exprimer plus tôt ; ils sont seuls au monde tant l'État se désengage sur ce sujet. Les caisses de retraite complémentaires constituent des bases arrière de l'économie solidaire, et s'impliquent en fonction des besoins qu'elles recensent, à partir d'un travail de terrain et dans le cadre d'une confiance réciproque nouée avec les aidants. L'aide aux aidants doit être abordée avec tact. Ceux-ci ont à la fois besoin d'aides individuelles spécifiques et d'aides collectives.

C'est pourquoi, le Groupe Mornay s'emploie à travailler avec eux sur des projets individualisés de répit, en leur



TABLE RONDE N°1

accordant des Cesu qui leur permettent de faire prendre en charge l'aidé et de souffler. Le lien entre l'aidant et l'aidé est souvent fusionnel. Des séjours conjoints avec des programmes différenciés ont ainsi été mis en place. Le groupe finance des solutions de logements alternatifs qui permettent aux aidants de poursuivre leur mission de façon sereine. Il y a 20 ans, l'accompagnement durait une dizaine d'années. Aujourd'hui, il peut durer 25 ans, ce qui est long.

M. Patrick LELONG

Merci pour ces propos tout à fait justes sur la perception du rôle des aidants. Nous allons maintenant rentrer dans le détail de l'action au quotidien des médecins pour détailler ce qui est mis en place localement. Michel PULITO, que faites-vous au quotidien en direction de ceux qui ont perdu leur autonomie ? Quels sont les résultats et les perspectives ?

M. Michel PULITO

Je suis responsable du pôle gérontologique de la Mutualité de l'Ain, département plus rural que celui du Rhône. Je suis médecin généraliste de formation, et j'ai acquis une spécialité en gériatrie il y a près de 20 ans. J'ai été recruté par la Mutualité de l'Ain pour être médecin gériatre au sein d'un établissement de personnes âgées qui ouvrait alors. La prise en charge de la maladie d'Alzheimer démarrait. Il convient de noter qu'à l'époque de mes études, la maladie d'Alzheimer n'était pas enseignée, alors qu'à ce jour, je consacre près de 100 % de mon temps à des patients atteints de cette pathologie.

Cet hôpital de long séjour comptait à l'époque 72 places, dont la moitié est destinée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et nous avons créé un Campi (Centre d'assurance maladie des professions indépendantes), ce qui était tout à fait novateur et nous a permis de travailler sur les traitements de ces personnes. À l'époque, les neuroleptiques étaient très largement utilisés au détriment d'un véritable accompagnement. Cette simple évolution architecturale nous a permis de mettre en place un accompagnement différent. Nous avons ensuite été très vite copiés.

Dix ans plus tard, j'ai pris la direction de l'ensemble de ces structures, et nous avons pu, grâce à des conventions tripartites, nous ouvrir sur le monde du domicile. Nous avons interrogé les services de soin à domicile sur leurs problématiques, et ils nous ont proposé de les aider en mettant en place des accueils de jour et des accueils temporaires en établissement. Nous avons ainsi ouvert ces deux types d'hébergement, pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et les personnes atteintes d'autres pathologies.

Cela a constitué une véritable révolution. Nous sommes allés chercher les personnes malades chez elles. À leur domicile, celles-ci se retrouvent en effet dans un grand isolement et n'accèdent pas à l'information. Je dois préciser que je rencontre systématiquement l'ensemble des personnes qui déposent un dossier dans notre EHPAD. Je consacre une heure à rencontrer les familles, les orienter et leur proposer un début de solution. Il s'agit souvent de couples très âgés, qui voient en moi un séparateur du couple. Dans le cadre de mon accueil de jour, je tiens donc à favoriser le maintien à domicile, dans la limite du possible, liée à la capacité du conjoint à faire face aux situations qui se présentent, jour et nuit. L'accueil de jour constitue également une réponse pour les malades souffrant de la maladie d'Alzheimer. Mais, dans un département rural, il s'avère très difficile d'amener les patients vers l'accueil de jour. La population ne s'y est pas toujours montrée très favorable, et nous avons vraiment dû aller chercher les personnes. Souvent, il s'agit d'individus ayant déposé une demande d'accueil au sein de l'EHPAD et qui ne connaissent pas ou ne s'autorisent pas l'accueil de jour. À l'issue de la rencontre, ils parviennent à envisager une telle aide.

Je passe maintenant la parole au Docteur ROBIN qui nous a récemment rejoints à la Mutualité, et exerce à Mâcon en tant que médecin gériatre.

Dr. Frédéric ROBIN

Après avoir exercé en tant que médecin généraliste, j'ai récemment entamé une carrière de gériatre au sein de la résidence départementale d'accueil et de soins



TABLE RONDE N°1

de Mâcon. Cet EHPAD compte 211 lits et propose une dizaine de places en accueil de jour. Mis en place il y a près de dix ans, celui-ci a rencontré de grandes difficultés à son lancement. Certains hôpitaux disposant d'accueils de jour y placent leurs propres résidents pour libérer les structures classiques des troubles du comportement éventuels. Mais un véritable accueil de jour se doit d'accueillir des personnes issues de l'extérieur, ce qui implique d'accepter un déficit pendant quelques années, en attendant que toutes les places soient occupées.

En termes de ruralité, Mâcon présente les mêmes caractéristiques que Bourg-en-Bresse. Les patients qui souffrent de pathologie démentielle sont tous des cas particuliers en fonction du parcours de vie. Cela représente également une histoire de couple très personnelle. Le couple vit avec une certaine autonomie, la personne bien portante compensant peu à peu les manques de son conjoint sans toujours voir la maladie se développer. La famille et le médecin généraliste sont également parfois enfermés dans cette bulle et ne perçoivent pas les troubles du comportement de la personne malade.

L'accueil de jour permet de sociabiliser de nouveau l'individu, ce qui est fondamental, et permet de compenser les troubles du handicap. Des ateliers sont organisés pour stimuler les déficits. L'objectif est de ne pas placer les individus en difficulté et de les écouter, de les respecter, de leur apporter de l'amour. L'accueil de jour permet également d'aider l'aidant qui peut alors souffler et disposer d'un peu de temps pour lui. Il aide également les familles par un dialogue, une discussion, un échange avec d'autres familles confrontées aux mêmes problématiques. L'aidant peut ainsi partager son fardeau - sachant qu'il est bien souvent désigné, soit qu'il s'agisse du conjoint, de la fille - avec des professionnels gériatres ou aides-soignants.

Les structures d'accueil temporaire, pour une à trois nuits voire davantage, soulagent également les familles et permettent aux personnes malades de se familiariser avec le lieu et le personnel, et d'atténuer ainsi la future entrée en institution.

M. Patrick LELONG

Je propose maintenant aux personnes de la salle de s'exprimer si elles le souhaitent.

De la salle, Mme Hélène REBOUL – Université de Lyon 2

Je remercie Pierre HÉMON d'avoir organisé cette matinée sur un sujet très important. J'ai été, au début de ma carrière professionnelle, assistante sociale et fait partie de l'équipe qui, en 1954, à Oullins, a créé les premiers soins infirmiers et ménagers dans le Rhône. L'équipe comptait alors un médecin, le pharmacien de la commune et les petites sœurs de l'Assomption qui prodiguaient les soins à domicile. J'ai ensuite fait des études supérieures en psychologie sociale, notamment, et créé l'Université Tous Âges de Lyon en 1975, qui compte aujourd'hui près de 10 000 étudiants.

En 1969, j'ai créé l'enseignement de psychologie-gérontologie à l'Université Lumière Lyon 2 pour les étudiants et les professionnels, puis différents diplômes, et participé à de nombreux congrès, ce qui m'a donné la chance de travailler avec Bernard ENNUYER depuis plusieurs années.

À ce titre, je souhaite formuler un certain nombre de réflexions à la suite des différentes interventions.

Je constate que l'ensemble des intervenants a surtout traité du domaine social, et que le domaine médical n'a été abordé que par les deux médecins qui sont eux aussi restés largement cantonnés au social. Or, il ne faut pas oublier les chercheurs qui travaillent sur les maladies du vieillissement. Ce sujet n'est jamais suffisamment abordé. Dans les années 80, certains prédisaient qu'en 2000, le quart de la population âgée serait atteinte de la maladie d'Alzheimer, ce qui me faisait bondir, considérant que cette maladie pourrait un jour être soignée. Le vieillissement peut s'améliorer d'un point de vue médical.

Je tiens également à dire que le secteur social n'a jamais été très aidé sur le plan financier. Le secteur médical a toujours été mieux loti.



TABLE RONDE N°1

Je remercie par ailleurs Bernard ENNUYER d'avoir insisté sur l'aspect démographique de la problématique. Les enfants susceptibles de pouvoir s'occuper des personnes âgées seront de fait de moins en moins nombreux. Les Canadiens ont travaillé sur cette question et ont montré aussi que les aidants naturels ne sont pas toujours compétents pour venir en aide à leurs proches, et apprécient de pouvoir se reposer sur des professionnels.

Quant au conjoint, cela revient à une problématique peu abordée, surtout lorsque l'épouse est elle-même dépendante. En effet, la génération des hommes âgés a été peu habituée aux tâches de la maison. J'ai toujours pensé qu'il fallait former les hommes à ces tâches lors de leur préparation à la retraite.

J'ai été très intéressée par le contenu de l'enquête présentée par Jean-Pierre AUDRAN. Je regrette toutefois que, bien qu'intervenant régulièrement à l'AG2R, je n'en ai jamais entendu parler. L'information des individus en général constitue pourtant un point essentiel. Mais les études intéressantes restent souvent enfermées dans un tiroir. Pensez-vous que cette étude soit connue des retraités de l'AG2R ?

M. Jean-Pierre AUDRAN

Nous en avons parlé un peu dans la revue « *Dialogue* », mais nous attendons surtout les premiers résultats pour faire des publications plus larges, notamment sur Internet.

De la salle, Mme Hélène REBOUL – Université de Lyon 2

Étant informés, les retraités sauraient que l'on s'occupe d'eux, ce qui me semble important. L'aspect comparatif de cette étude me semble intéressant. Par ailleurs, je tiens à souligner qu'un questionnement ne laisse pas les individus neutres, et les amènent à s'interroger sur leur propre vécu. Il importe donc de tenir compte de l'évolution de ces personnes interviewées.

Le problème de la Sécurité sociale n'est pas non plus suffisamment abordé, notamment celui des prothèses

dentaires et auditives. Si chacun pouvait arriver à l'aube de sa vieillesse avec des dents en bon état, l'état général de chacun n'en serait que meilleur. Chaque fois que je rencontre des représentants de la Sécurité sociale, j'insiste sur la nécessité de rembourser convenablement les prothèses pour ceux qui en ont réellement besoin.

J'ai apprécié également la présence de Scarlett DIDOT, puisque la place des femmes dans la problématique du vieillissement est particulièrement importante. Il faut rappeler les propos de l'anthropologue Marcel MAUSS qui disait que « *les femmes sont faibles et fragiles ; c'est donc à elles que revient le soin des enfants, des malades, des vieux et des morts* », ce qui est collectivement acquis. Il me semble, par ailleurs, que l'on ne distingue pas suffisamment le vieillissement respectif des hommes et des femmes. Les femmes ont le privilège d'être dotées d'un sens social pratique, et nous savons en général trouver plus facilement des solutions.

Quant à Michel PULITO, il aurait pu aussi parler de l'ADMR (Aide à domicile en milieu rural) qui existe depuis 1920. Cette association fournit un excellent travail sur le terrain. Il me semble qu'il faut s'adresser aux associations de ce type pour diffuser de l'information dans le milieu rural.

L'accueil de jour et l'accueil temporaire constituent les meilleures solutions pour éviter l'isolement des personnes âgées, soulager les familles, et permettre de préparer la personne âgée à intégrer une structure collective, dans un lieu connu, ce qui est très important.

M. Patrick LELONG

Merci pour cette intervention très complète et cette apologie de la femme !

De la salle, M. Jean SIRY – Vauban Humanis

En tant qu'administrateur chez Vauban Humanis, je m'intéresse aussi aux problématiques du vieillissement. J'ai également un lien avec le département de l'Ain, puisque je suis un ancien élu de ce territoire et j'ai, au cours d'un congé de reclassement, préparé un diplôme de hautes



TABLE RONDE N°1

études en pratiques sociales. À ce titre, nous avons étudié l'évaluation des politiques publiques et notamment le projet Atome mis en place dans l'Ain. Ce projet, lié au bien vieillir, a ensuite été étendu à plusieurs départements de la région Rhône-Alpes. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Je souhaite par ailleurs interroger Scarlett DIDOT sur le baluchonnage. Cette pratique est évoquée depuis cinq ou six ans sans qu'aucune mesure concrète n'émerge. Sur ce point, les Québécois semblent être en avance.

Mme Scarlett DIDOT

Sur la question du baluchonnage, nous nous heurtons, en France, à un problème de droit du travail et d'amplitude horaire. Une expérience approchante est en cours dans la région Rhône-Alpes. Elle répond à des demandes de prise en charge ponctuelle, et permet de donner du répit aux aidants. Mais l'amplitude horaire n'est pas la même. Dans le cadre du balluchonnage, une même personne intervient à domicile durant plusieurs jours, ce qui est impossible en France. D'autres alternatives intéressantes existent, au Benelux ou en Suède : des associations de personnes en perte d'autonomie - ou colocations senior - sont mises en place. Ces solutions présentent toutefois des limites, car la dépendance ne permet pas - à partir d'un certain niveau - de vivre dans ce type de collectivité.

Je pense que nous parviendrons, à terme, à lever les contraintes, parce que le balluchonnage constitue une véritable solution à domicile permettant, en outre, de limiter les perturbations pour les personnes malades.

M. Michel PULITO

Je suis pour ma part plutôt spécialisé dans la très grande dépendance, mais il est clair que les actions d'éducation et de formation ont de l'importance, et ce, à tout âge. Mais la difficulté consiste à attirer les individus. Nous devons être ouverts et rester à l'écoute de conseils simples. Il est vrai que les problématiques dentaires ou d'audition sont essentielles. Une mauvaise dentition aboutit à des phénomènes de dénutrition, des faiblesses musculaires, et donc indirectement à des chutes. Certaines entrées

en institution interviennent souvent à la suite de simples problèmes dentaires.

De la salle, M. Jean SIRY – Vauban Humanis

Lorsque nous avons évalué le projet Atome, il n'était destiné qu'aux citoyens et aux cadres. L'expérience a-t-elle pu être étendue ?

M. Michel PULITO

Je ne le sais pas. Il est vrai qu'il est regrettable que la démarche ne s'adresse qu'aux cadres, qui jouissent déjà d'une espérance de vie plus importante.

De la salle, M. Paul ROUSSET - France Alzheimer Rhône

Les prothèses constituent un problème de santé très important qui en rejoint bien d'autres. En effet, les maladies de la dépendance deviennent des maladies de riches. Un individu qui peut s'équiper d'un appareil auditif peut surmonter son handicap. Il en va de même pour le maintien à domicile. Actuellement, un certain nombre de mesures y sont favorables, mais profitent à ceux qui ont les moyens puisque qu'elles sont financées notamment par des déductions fiscales. Les individus non imposables ne peuvent donc pas en bénéficier. Aujourd'hui, il est parfois avantageux, pour les familles aisées, de bien traiter leur proche dépendant.

Le balluchonnage serait par ailleurs difficile à mettre en place, du fait de l'amplitude horaire de la journée de travail. Je tiens toutefois à souligner que cette difficulté n'est pas mise en avant pour les familles d'accueil. Ces dernières sont rémunérées à hauteur du Smic horaire pour 2 heures 30 de travail quotidien, auxquelles s'ajoute une rémunération liée aux frais de logement. Ainsi, pourquoi le balluchonnage se heurte-t-il à une difficulté qui a été dépassée pour les familles d'accueil ?

La reconnaissance de la dépendance à moins de 60 ans constitue également une véritable problématique. Les



TABLE RONDE N°1

droits dont l'individu bénéficie sont alors beaucoup plus difficiles à obtenir qu'après 60 ans.

M. Bernard ENNUYER

Je pense que le terme de « dépendance » fait aussi l'objet d'une confusion. D'après mes amis médecins, les personnes qui ne se portent pas bien souffrent de pathologies. Et il me semble qu'avant ou après 60 ans, les pathologies doivent être traitées de la même façon. La dépendance relève d'une autre problématique. Un individu peut être malade à tout âge. Un rapport de l'assurance maladie sur les dépenses de santé au-delà de 60 ans revient sur l'idée que ceux-ci tireraient ces dépenses vers le haut, mais souligne en revanche leur mauvaise prise en charge par le système hospitalier.

En matière d'accompagnement social, la ségrégation intervient dans l'autre sens. Un individu souffrant d'une détérioration psychique reconnue doit-il s'adresser à une maison départementale pour personnes handicapées ? Son traitement sera, quoi qu'il en soit, différent d'un département à l'autre. Mais rappelons que si un individu est en incapacité absolue de réaliser les actes de la vie quotidienne, il rentre objectivement dans le cadre de la PCH, qui est plus avantageux que celui de l'APA après 60 ans.

En France, le traitement des personnes âgées est médicalisé, ce qui signifie que l'on apporte une réponse médicale à des questions sociales. Dans le même temps, certaines maladies réversibles sont sous-diagnostiquées. 40 % des personnes âgées de plus de 60 ans recourent aux urgences, contre 15 % auparavant, ce qui illustre bien l'absence d'accompagnement social. Ces personnes restent à l'hôpital et s'y dégradent pour un coût très élevé, parce qu'il n'existe pas de services aval à l'aide à domicile. Je souhaiterais que nous étendions la mise en place d'un service comme à Lyon, il y a quelques années, où une convention a été signée entre les Hospices Civils de Lyon et la plateforme de maintien à domicile : l'hôpital avance des fonds pour que les services à domicile puissent prendre le relais plus rapidement.

Pour revenir sur le Québec, je pense que nous allons chercher bien loin des solutions qui existent, plus proches

de nous. Nous pourrions discuter des avantages et des inconvénients du balluchonnage. Mais l'expérience des Wohngemeinschaft au Benelux, y compris pour les individus souffrant de démence, est également très intéressante.

Les bonnes initiatives sont, en France, très nombreuses, de même que les bons géiatres. Mais nous manquons d'un système cohérent d'intégration de services, point sur lequel les Québécois ont travaillé. En la matière, la mission des ARS est colossale. Quelle sera la cohérence entre les ARS et les services d'aide à domicile qui dépendent des départements ? Comment la France parviendra-t-elle à sortir d'un système fragmenté ? L'incohérence nous coûte aujourd'hui des milliards d'euros.

De la salle, Mme Geneviève RYCZYWOL – Maison des Babayagas de Saint-Priest

Nous souhaitons que la commune participe à la construction de cette maison qui est autogérée par les retraités.

Je fais également partie d'un service qui rend visite à des personnes âgées à domicile, qu'elles soient seules ou en couple. Je suis très frappée de la détresse des personnes dont le conjoint souffre d'une maladie dégénérative, qui ne savent pas à qui s'adresser car trop éloignées des services sociaux et associatifs. À ce titre, je m'interroge sur le rôle du médecin généraliste qui n'oriente pas toujours ces individus dont le désarroi est extraordinaire. Une information auprès des médecins, qui pourraient servir de relais, semblerait opportune en la matière. La maladie semble enfermer le couple dans l'isolement.

M. Yves MONDON

AG2R La Mondiale a mis en place une cellule d'intermédiation, Primadom. Ainsi, une personne (ressortissante du groupe AG2R) dont le conjoint est malade peut téléphoner à Primadom. Les écoutants prennent le temps de l'écouter et l'orientent en fonction de ses besoins et de sa demande. Ils mettent en relation l'offre et la demande, et vérifient, en outre, huit jours, après que la personne a effectivement trouvé une solution et en est satisfaite. Ce système existe maintenant depuis quatre ou cinq ans, et connaît un grand succès.



TABLE RONDE N°1

Dr. Frédéric ROBIN

La France a une grande capacité à multiplier les numéros d'appel, même si les appels restent, dans ces structures, peu nombreux. Il faut aller chercher ces personnes chez elles, puisqu'elles sont enfermées dans leur honte et leur équilibre précaire. L'aide extérieure peut parfois être vécue comme une agression. Il faut savoir respecter l'équilibre d'un couple qui craint de voir son mode de fonctionnement brisé.

À Mâcon, nous avons, par exemple mis, en place un groupe d'aide aux aidants financé par la CNSA. Nous avons envoyé des mailings à tous les médecins, et avons organisé des réunions. Multiplier les centres d'appel ne suffit pas. Le porte-à-porte semblerait plus adéquat dans ce domaine.

De la salle

Que faire lorsque les individus refusent d'ouvrir leur porte à l'assistante sociale, alors qu'ils ont besoin d'aide ?

Dr. Frédéric ROBIN

Il faut également savoir respecter la liberté de ces individus, et se présenter à nouveau, un autre jour. Nombre de professionnels de services à domicile qui prennent en charge des malades d'Alzheimer, trouvent parfois porte close. Les approches doivent être différentes selon les individus.

Par ailleurs, un centralisateur de l'offre faciliterait l'accès des individus aux aides existantes.

De la salle

J'ai 84 ans et suis bénéficiaire de l'APA. Mais j'ai été reconnue invalide en station pénible bien avant l'âge de 60 ans tout en continuant à travailler. La barrière à l'âge de 60 ans me semble donc tout à fait ridicule.

On fait par ailleurs de la dépendance une entité. Je rêverais plutôt qu'on l'associe au terme « médicosocial », car la dépendance est toujours la conséquence d'une maladie, de malformation ou d'accident.

J'appartiens à une association, « Dialoguer dans son quartier », dont le logo est Au fil de soi. Le premier aidant naturel n'est-il pas d'abord la personne vieillissante lorsque la société lui permet de se reconnaître comme tel et de se prendre en charge ?

Enfin, à mon âge, je revendique le fait d'être à la fois aidée et aidante. Tel devrait pouvoir être le cas de chacun, jusqu'à la fin de sa vie.

M. Patrick LELONG

On ne pouvait pas mieux conclure cette première partie !



PRÉSENTATION DU BAROMÈTRE

FRANCE INFO-OCIRP-LE MONDE

Présentation du baromètre :

- **Jean-Luc GAMBÉY**, directeur associé, Molitor Consult ;
- **Jean-Manuel KUPIEC**, directeur général adjoint, OCIRP.

M. Jean-Luc GAMBÉY

Nous allons vous présenter quelques éclairages complémentaires sur la base du baromètre réalisé par Molitor Consult pour le compte de l'OCIRP, du Monde et de France Info sur la dépendance vue par les organisations syndicales de salariés, les directions de ressources humaines des entreprises et les particuliers. Ce baromètre a été réalisé en 2009. 150 enquêtes ont été réalisées auprès des DRH, 94 auprès des organisations syndicales de salariés, et 1 006 auprès des particuliers.

1. Résultats du baromètre réalisé auprès des DRH et des organisations syndicales

À la question « est-ce que, selon vous, vos salariés seraient favorables à la mise en place d'un contrat collectif sur le risque dépendance ? », les DRH répondent favorablement à 60 %.

M. Jean-Manuel KUPIEC

Les organisations syndicales apparaissent un peu plus partagées (à 50/50) sur cette même question, ce qui s'explique par le fait que la réflexion est en cours. Pour certaines, la dépendance relève de la Sécurité sociale, et non d'un contrat d'assurance à part entière.

M. Jean-Luc GAMBÉY

Interrogés sur les avantages perçus par les deux parties, 54 % des DRH et 62 % des organisations syndicales répondent que la mise en œuvre d'un contrat collectif au sein de l'entreprise ne procure pas d'avantages sociaux et fiscaux.

Interrogés sur la faisabilité de la mise en place d'un dispositif de prévoyance collective lié à la dépendance, certains soulèvent un certain nombre de freins. 75 % des DRH avancent la question du coût.

À la question « pensez-vous que la dépendance doit trouver une réponse collective ou individuelle », les DRH estiment à 68 % que la réponse doit être collective, alors que 55 % des organisations syndicales considèrent qu'elle doit être individuelle.

À la question « pensez-vous que votre entreprise peut proposer une réponse collective à la dépendance ? », les écarts se resserrent. 51,8 % des DRH y répondent positivement, et 48,9 % des organisations syndicales.

M. Jean-Manuel KUPIEC

Pour autant, la mise en place d'un contrat collectif lié au risque dépendance se négocie dans une approche globale. Bien souvent, l'enveloppe des cotisations n'est pas modifiée, mais est répartie différemment entre les couvertures de santé et de prévoyance.

M. Jean-Luc GAMBÉY

2. Résultats du baromètre réalisé auprès des particuliers

Le baromètre a été réalisé auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 1 006 personnes.

Interrogé, sur le coût mensuel moyen dépensé par une personne dépendance, deux tiers de l'échantillon répondent ne pas le connaître. Dans les 36 % qui pensent le savoir, 52 % le sous-estiment très largement.

À la question « avez-vous déjà été confronté à la dépendance d'un proche ? », 55 % des individus répondent positivement.

Interrogés sur la possibilité d'une aide familiale au quotidien, 72 % répondent « certainement », et 24 % « certainement pas ».



PRÉSENTATION DU BAROMÈTRE

À la question « si vous aviez une personne adulte proche en situation de dépendance, devrait-elle être aidée au quotidien par sa famille ? », 79,4 % répondent positivement, et 20 % négativement.

Par ailleurs, et même si les Français ne connaissent pas vraiment le coût de la perte d'autonomie, ils sont 83,5 % à juger nécessaire de se prémunir financièrement contre cet éventuel risque.

M. Jean-Manuel KUPIEC

Il faut savoir qu'ils s'en prémunissent aujourd'hui essentiellement par le biais de contrats individuels. La France est le deuxième pays au monde, derrière les États-Unis, en termes de nombre de contrats d'assurance dépendance. Il ressort des enquêtes que

les trois soucis des Français sont, dans l'ordre : la santé et son financement au quotidien, la retraite et la perte d'autonomie. Ces résultats traduisent une véritable prise de conscience, mais mettent également en exergue un passage à l'acte décalé dans le temps.

M. Patrick LELONG

Je vais maintenant demander à Claire TALOWSKI, déléguée sociale de la région Rhône-Alpes Auvergne chez Réunica, Tamou SOUARY, responsable des unités emploi-dépendance-veuvage au sein du groupe Vauban Humanis, Florence de PONCHEVILLE, responsable de l'accompagnement et de l'hébergement des personnes âgées au sein du groupe Novalis Taitbout, et à Marcel GARNIER, directeur médical chez Malakoff Médéric, de nous rejoindre à la tribune pour la deuxième table ronde.



TABLE RONDE N°2

PROSPECTIVE : LE CINQUIÈME RISQUE DEMAIN

Participant à cette table ronde :

- **Bernard ENNUYER**, sociologue ;
- **Marcel GARNIER**, directeur médical, Malakoff Médéric ;
- **Florence de PONCHEVILLE**, responsable de l'accompagnement et de l'hébergement des personnes âgées, Novalis Taitbout ;
- **Tamou SOUARY**, responsable des unités emploi-dépendance-veuvage, Vauban Humanis ;
- **Claire TALOWSKI**, déléguée sociale Région Rhône Alpes - Auvergne, Réunica.

M. Patrick LELONG

Tamou SOUARY, vous allez partager avec nous votre approche et les actions que vous menez en matière de prévention.

Mme Tamou SOUARY

Je représente ici le groupe Vauban Humanis, groupe de protection sociale membre de l'OCIRP. Nous sommes ici un certain nombre de représentants de services sociaux d'institutions de retraite. L'action sociale des caisses de retraite est bien identifiée auprès de nos partenaires, et toutes les actions que nous déclinons s'inscrivent dans les orientations prioritaires définies par l'Agirc et l'Arrco. Les institutions de retraite qui composent les groupes de protection sociale mènent donc le même type d'action sociale. Ainsi, lorsqu'elles communiquent individuellement, l'enjeu consiste à se différencier et à être plus visible que les autres.

En matière de prévention, et pour reprendre les propos de Bernard ENNUYER, le constat est connu depuis 40 ans. Pour autant, nous sommes surpris, chaque fois, que le risque se déclare au sein de notre famille, comme si l'on découvrait alors l'étendue des difficultés à prendre en charge, et le désarroi des aidants qui est toujours aussi grand.

Le groupe Vauban Humanis a choisi de se décentraliser dans les différentes régions, pour être au plus près de ses

allocataires. Les individus qui sollicitent les assistants sociaux ou les délégués sociaux dans nos délégations, souffrent clairement d'un déficit d'information générale.

En matière de prévention, notre approche repose sur le postulat que l'institution de retraite constitue l'interlocuteur avec lequel le salarié en fin de carrière ou le retraité va passer le plus de temps, davantage même qu'avec ses différents employeurs. Cela constitue pour nous l'occasion de tisser un lien social sur une très longue durée, et de travailler, d'une part, sur les actifs proches du départ en retraite pour les fidéliser et leur faire passer le message sur le risque de perte d'autonomie et, d'autre part, avec les individus déjà en situation de dépendance, pour lesquels il faut trouver une solution immédiate.

Vauban Humanis a développé un axe individuel au travers de ses délégués qui mènent un travail d'écoute, de conseil et d'orientation avec ses ressortissants, et un travail davantage basé sur le collectif. Sur ce dernier point, il s'agit de faire passer un maximum d'informations autour de la prévention, au travers de groupes de parole, de conférences, de sessions de préparation à la retraite ou de stages de prévention autour de différentes thématiques. Le groupe finance également des structures qui viennent en appui de cette action de proximité réalisée par le service social.

Ces structures sont tout d'abord les centres de prévention - lieux ressources qui rassemblent des médecins, des gériatres, des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux et des animateurs - et dont le rôle consiste à dresser un diagnostic sur les zones de fragilité à anticiper et à prendre des mesures pour éviter qu'elles ne viennent peser sur l'autonomie de l'individu. Le groupe a développé ses propres structures, mais a également noué des partenariats avec d'autres institutions.

Les partenariats associent par ailleurs des instituts de recherche ou des fondations qui, en fonction des thématiques développées dans les centres, nourrissent l'action par des travaux plus théoriques. À titre d'exemple, nous avons noué un partenariat avec l'Institut catholique de Lille, avec lequel nous travaillons sur des formations diplômantes dispensées auprès des personnes qui



TABLE RONDE N°2

interviennent auprès de personnes âgées en perte d'autonomie. Nous travaillons aussi en lien avec l'Université Paris Dauphine pour mettre en place un outil permettant d'évaluer, de mesurer et de suivre dans le temps les problèmes rencontrés par les aidants.

Ces dernières années, nous avons beaucoup réfléchi aux nouvelles technologies, notamment celles de l'information, l'objectif étant de cibler les salariés encore en activité mais en fin de carrière, et qui peuvent accéder à l'information au travers des outils Internet. Il s'agit de parier sur l'avenir et de s'inscrire dans une démarche innovante, en considérant que les personnes qui seront dépendantes dans 30 à 40 ans, pourront utiliser ces outils.

M. Patrick LELONG

Florence de PONCHEVILLE, vous allez plutôt nous parler des structures d'accueil de l'accompagnement, et notamment des actions qui vous tiennent particulièrement à cœur.

Mme Florence de PONCHEVILLE

Le Groupe Novalis Taitbout inscrit son action – comme les autres groupes – dans les axes prioritaires de l'Agirc et l'Arrco. Il m'a été demandé de vous présenter plus particulièrement une unité créée en 2006 pour agir auprès des personnes âgées les plus fragiles, en perte d'autonomie, et de leur famille. Quatre personnes composent l'équipe, dont une issue du secteur du maintien à domicile. Nous avons en effet constaté que notre patrimoine avait augmenté, et que des places y étaient réservées pour les personnes âgées en tenant compte des besoins de nos assurés, mais qu'il nous fallait, parallèlement, proposer des solutions de maintien à domicile, puisque 90 % des personnes âgées dépendantes préfèrent rester chez elles. Nous sommes aujourd'hui effectivement très sollicités. Les groupes de protection sociale sont effectivement bien visibles auprès des personnes âgées qui pensent à prendre contact avec nous.

Nous essayons de les renseigner, ainsi que leur famille, sur les différentes possibilités de maintien à domicile : depuis

l'aide ménagère jusqu'à l'hospitalisation à domicile, ainsi que sur les aides financières existantes et les adaptations au logement. Nous nous employons également à déculpabiliser les familles et les conjoints, afin qu'ils puissent recourir à des réseaux de professionnels. Des associations de maintien à domicile ont été sélectionnées par nos soins, avec lesquelles nous travaillons. Et nous demandons aux personnes recourant à ces services de nous tenir informés de la qualité des prestations fournies.

Le maintien à domicile peut néanmoins avoir des limites, et nous disposons d'un certain nombre de places réservées dans des établissements, comme des accueils de jour ou des EHPAD. Nous y organisons des visites pour être en mesure de les recommander. Certains établissements sont supprimés de nos listes dès lors que leur qualité n'est pas jugée satisfaisante. Nous accompagnons les personnes âgées et leur famille dans la recherche de place dans les structures de ce type, ce qui s'apparente souvent à un parcours du combattant. Nous présentons des dossiers et suivons les candidatures de près. Nous nous employons également à aider les familles à préparer l'entrée en établissement, afin d'éviter toute précipitation, notamment pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Depuis toujours, nous avons par ailleurs essayé de sélectionner des établissements agréés par les conseils généraux, afin de pouvoir accueillir les retraités les plus modestes. Nous multiplions les visites et tenons compte de l'avis des familles dont un proche a intégré la structure concernée par le biais du suivi des questionnaires.

En conclusion, les groupes de protection sociale ont un rôle à jouer, aux côtés des associations et établissements du territoire. L'action menée auprès des personnes fragilisées constitue l'une de nos actions phare et doit être maintenue. Je pense que nous avons toute notre place dans le débat sur le 5° risque.

M. Patrick LELONG

Claire TALOWSKI va maintenant nous exposer la réflexion que mène Réunica sur les aides individuelles et la démarche globale de projet collectif.



TABLE RONDE N°2

Mme Claire TALOWSKI

Je remercie ma collègue du groupe Novalis Taitbout d'avoir parlé des services à la personne. Compte tenu du thème général de cette matinée, j'ai longtemps hésité entre la question de l'adaptation de l'habitat avec la réflexion de Réunica sur ce sujet, et celle du financement et de la professionnalisation des services à la personne, pour laquelle j'ai finalement opté. Je structurerai mon intervention autour de trois axes : l'état des lieux des services à la personne, le positionnement de Réunica, et les pistes de réflexion du groupe.

Les services à la personne traversent aujourd'hui des difficultés de financement importantes. En 2009, une centaine d'associations se sont déclarées en cessation de paiement, et ce chiffre augmentera probablement en 2010. Il est vrai que ces services ont connu un fort développement à la suite de la promulgation de la loi Borloo en 2005. Mais l'agrément – octroyé relativement facilement – n'est pas toujours assorti d'un contrôle de la qualité du service rendu. Dans un contexte devenu très concurrentiel, on peut effectivement s'interroger sur ce niveau de qualité.

Il s'y ajoute un problème de reconnaissance du prix du service à la personne. Celui-ci est sous-évalué, notamment par les conseils généraux et l'assurance maladie. Beaucoup d'associations affirment perdre 50 centimes d'euros lorsqu'elles interviennent une heure à domicile. Ce problème de financement s'inscrit dans un contexte politique plus général, marqué par un besoin croissant de services à la personne auprès des plus âgés, et par la réforme des retraites qui pose la question de l'avenir des fonds sociaux et du transfert de compétences vers les conseils généraux.

En outre, ces services à la personne ont peu de marge de manœuvre en termes d'économies d'échelle et de gains de productivité. Le risque est donc que les retraités qui y recourent, paient de plus en plus cher l'intervention d'une aide ménagère à domicile.

Le secteur souffre par ailleurs d'un problème d'image. Malgré un fort élan de professionnalisation, nombreux sont les individus considérant encore que le bon sens suffit pour intervenir à domicile sur des tâches domestiques.

De nombreuses aides sont octroyées par l'État. Mais, d'après la Cour des comptes, ces aides sont essentiellement dirigées vers les particuliers employeurs, et non vers les associations d'aide à domicile.

Dans ce contexte, la position de Réunica reste modeste. En tant que groupe de protection sociale, il intervient en complément de la CRAM et des conseils généraux. Son action se situe principalement à deux niveaux.

Au niveau individuel, il complète le financement de l'aide à domicile, à hauteur de 270 000 euros en 2009, ce qui est encore très peu. Il convient de noter que Réunica intervient auprès de personnes âgées ayant de très faibles revenus, c'est-à-dire 900 euros en moyenne pour une personne seule, et 1 200 euros pour un couple.

Par ailleurs, et depuis 2007, le groupe Réunica a signé une convention nationale avec le réseau France Active dont le rôle consiste à soutenir les associations ou les entreprises d'utilité sociale pour la création et le développement de services, dont ceux à la personne. À titre d'exemple, une infirmière peut avoir une excellente idée pour créer un service d'aide à domicile, mais n'est pas toujours une bonne gestionnaire, ou ne sait pas forcément construire un business plan ou négocier avec les banques. Le réseau France Active est un réseau gratuit qui s'adresse aux associations souhaitant développer ou créer leur activité. Dans ce partenariat, Réunica travaille avec les associations sur leurs projets sociaux, tandis que France Active apporte une expertise financière.

À titre d'exemple, en 2007, une association a été mise en place à Lyon pour venir en aide aux malades d'Alzheimer souffrant de troubles cognitifs. Les deux infirmières à l'origine du projet bénéficient, dans ce cadre, d'un accompagnement d'une durée de trois ans par France Active qui les soutient dans la montée en charge de leur structure.

Une expérimentation est par ailleurs en cours dans trois régions, consistant à proposer un module de formation à 60 structures d'aide à domicile sur les champs du développement et de la communication. Nous considérons en effet que la qualité en matière de services à la personne ne peut être obtenue que si un certain nombre



TABLE RONDE N°2

de conditions relatives à l'organisation, à la gestion et au management de structures sont réunies. La bonne idée ne suffit pas. Nous ciblons directement les services d'aide à domicile. Mais, indirectement, notre objectif est de pouvoir améliorer la qualité du service rendu au bénéficiaire. Cette formation sera prochainement évaluée.

Trois champs de réflexion s'en dégagent, dont celui de la communication. Le secteur de l'aide à domicile communique beaucoup avec les partenaires financiers, beaucoup moins auprès de leurs clients. Le prix mériterait pourtant d'être mieux expliqué. Le deuxième axe a trait à la diversification des services à la personne. L'idée d'une prise en charge globale de la personne dépendante et de la famille est de plus en plus évoquée. Enfin, la question de la mutualisation et de la coopération entre les structures d'aide à domicile constitue un troisième axe de réflexion. Réunica n'est pas seul à s'interroger sur ces points, puisque, dans le département du Rhône, une convention a été signée entre le conseil général et la CNSA. Cette convention-cadre a pour objet la consolidation et la diversification de l'offre de service, en encourageant justement les actions de coordination et de mutualisation.

Nous disposons donc de trois pistes de réflexion intéressantes pour développer la qualité des services rendus.

M. Patrick LELONG

Nous allons achever cette matinée avec Marcel GARNIER qui va tordre le cou aux méthodes d'évaluation de l'état de dépendance. Nous raisonnons peut-être à partir d'outils peu performants qui ne rendent pas compte de la diversité du phénomène...

M. Marcel GARNIER

L'an dernier, nous avons parlé ici de technologies. Cette année, j'ai axé ma présentation sur l'évaluation. Nous sommes plusieurs dans cette salle à travailler au sein des groupes de travail du ministère sur un référentiel commun. En 2009, l'OCIRP avait souligné la nécessité pour les secteurs publics et privés de travailler sur ce point.

Or, en matière d'évaluation, la démarche des uns et des autres est totalement séparée. Décloisonnement, coordination, continuité sont certes évoqués, mais restent toujours difficiles à mettre en place.

Force est d'observer que l'évaluation de la dépendance est, pour partie, réalisée par les assureurs. Ces derniers s'appuient sur la grille AGGIR pour définir la dépendance lourde (niveau 1, 2 ou 3) ainsi que sur la grille des AVQ (Actes de la vie quotidienne), dans une approche purement médicale. Ils encourent un risque financier de long terme bien déterminé, sur une dépendance relativement bien cernée.

D'un autre côté, les conseils généraux délivrent l'APA et s'appuient sur la grille AGGIR pour déterminer l'éligibilité à cette aide, en mettant l'accent sur l'environnement social.

Comment rassembler les deux approches, sachant que ces deux évaluations sont nécessaires à la personne, mais qu'elles ne répondent actuellement pas complètement aux besoins. La dernière analyse de la Fédération des sociétés d'assurance montre que les contrats sont en augmentation de 20 %, tandis que le niveau des primes stagne à 400 millions d'euros, alors que le coût global de la dépendance ressort à près de 20 milliards d'euros, avec en plus 7 milliards d'euros de reste à charge pour les familles.

Une grille unique d'évaluation me semble donc nécessaire. L'approche purement médicale mise en œuvre par les assureurs immobilise le risque sur la durée, et il paraît, à ce titre, essentiel de tenir compte également de l'environnement social de l'individu, même s'il reste difficile à objectiver, sous peine de ne pas répondre à la perte d'autonomie, voire à la dépendance, de la personne.

Je crois par ailleurs que l'on se trompe sur les chiffres. L'ampleur du problème de la dépendance est souvent comparée à celle d'un tsunami. Elle est pourtant bien moindre que la problématique de la santé qui représente 200 milliards d'euros contre 20 milliards d'euros, pour la dépendance. Et si le nombre de personnes dépendantes augmente en volume, il se stabilise en pourcentage, autour d'un taux de 11 % de la population concernée.



TABLE RONDE N°2

En tant qu'institutions de prévoyance, nous disposons d'outils très forts en matière d'action sociale. Nous réservons des lits, nous créons des fondations, nous disposons de maisons de retraite médicalisées... Nous sommes en outre proches de nos retraités et de nos salariés d'entreprise. De mon point de vue, le problème de la dépendance et de la perte d'autonomie doit donc être réglé en amont. Nous travaillons avec l'État sur des contrats labellisés, sur une grille commune et sur une démarche de prévention. Cette dernière doit être mise en œuvre dès le premier contact. Il convient de se battre sur les déficits pour maintenir l'autonomie le plus longtemps possible et réduire le nombre de personnes dépendantes. Essayons d'adapter notre approche et de développer de nouveaux produits qui intégreront la prévention, voire même les outils de télémédecine.

Le GIR 4 constitue, à mon sens, le GIR pivot, puisque 45 % de la population des personnes dépendantes relèvent de ce niveau de dépendance, et qu'il permet à l'individu avec une aide humaine et une aide technologique, de rester à domicile. Il nous appartient de proposer ces technologies nouvelles et d'enrichir nos produits par des services et des aides accrus. Utilisons l'action sociale beaucoup mieux qu'aujourd'hui !

Je pense donc qu'il est indispensable, dans le domaine de l'évaluation de la dépendance, de parvenir à une grille commune aux secteurs privé et public de l'action sociale. Il est inquiétant de constater qu'actuellement les conseils généraux ne réclament plus de certificat médical, et que les assureurs ne tiennent pas compte de l'environnement social.

M. Patrick LELONG

J'invite maintenant les participants présents dans la salle à poser quelques questions aux intervenants.

De la salle

Je suis toujours très étonnée des personnes aidées par des personnels d'associations d'aide à la personne. La plupart d'entre eux ne sont pas formés et passent

leur temps à déjeuner avec la personne âgée, pour le plus grand plaisir de cette dernière, mais tel n'est pas l'objectif.

Quel est le suivi de la qualité et de la formation de ces personnels ? Les régulateurs sont trop peu nombreux.

M. Bernard ENNUYER

Je propose que nous organisions, l'année prochaine, une journée entière sur l'aide à domicile !

En tant que directeur de services à la personne, je dispose d'un personnel vraiment bien formé. 40 % de mes salariés sont titulaires du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale, et 60 % n'ont donc pas de formation spécifique. Mais je n'assimile pas toujours formation et compétences. Je n'accepte pas d'entendre maltraiter des femmes qui n'ont pas eu la capacité d'obtenir un diplôme qui n'est, en fait, pas validé sur le terrain. Notre système recale nombre d'individus en échec scolaire. Je suis directeur de service depuis 32 ans. Je suis d'avis que l'Una n'en fait pas suffisamment à ce sujet. Depuis 40 ans, nous n'avons pas su faire reconnaître le rôle de l'aide à domicile dans la cohésion sociale.

Nous pourrions discuter des propos que vous avancez. Mais certaines grands-mères préfèrent pouvoir discuter avec quelqu'un, quitte à ce que le ménage ne soit pas fait, même si cela ne satisfait pas forcément les enfants ou le conjoint.

Nous souffrons aujourd'hui de trois déficits majeurs. Tout d'abord, nous n'avons pas su communiquer et nous ne savons toujours pas le faire, ce qui ne cesse de m'effrayer. Nous souffrons par ailleurs de l'insuffisance des politiques publiques. En effet, si les enfants doivent assumer le rôle d'aïdant, cela signifie que les aides actuelles ne sont pas suffisantes. Enfin, nous n'avons pas su faire reconnaître le coût de ces services, au détriment du management intermédiaire. Que faire avec des postes en nombre insuffisant, des professionnels insuffisamment payés et formés ? Quand mettra-t-on en place des mesures concrètes permettant d'assurer véritablement le « care ». La solution est pourtant connue : accroître les finances



TABLE RONDE N°2

publiques, augmenter la formation et le nombre d'heures de services.

En 2005, 6 000 structures assuraient l'aide à domicile, contre plus de 18 000 aujourd'hui. Et on nous soutient que la situation a été simplifiée. Les enseignes constituent une bêtise monumentale. Elles gaspillent des fonds colossaux. Mais encore faut-il le dire ! Toutes les associations qui s'engagent dans l'aide à domicile, devraient être soumises à autorisation, c'est-à-dire être contrôlées par la puissance publique. L'agrément qualité actuel n'a aucune signification. Il faut simplifier, regrouper les associations et accroître les moyens.

Aujourd'hui, s'occuper des personnes âgées constitue un métier très peu reconnu, alors qu'il est fondamental en termes de cohésion sociale, et qu'il permet de faire réaliser des économies à la Nation. Je regrette que le monde associatif et nos partenaires ne se manifestent pas davantage face au gouvernement. La nouvelle tarification des soins nous fera perdre 20 % de budget. Je n'aurai plus qu'à fermer mon service de soins. Les personnes âgées devront alors être prises en charge à l'hôpital, pour

se dégrader à un coût de 1 000 euros par jour. Telle est la situation actuelle.

De la salle, M. Paul ROUSSET - France Alzheimer Rhône

Je souhaite dénoncer une hypocrisie. Les plans d'aide sont toujours élaborés selon des tarifs de principe qui ne reflètent pas les coûts du marché, ce qui contribue à la situation que vous décrivez.

Par ailleurs, dans le cadre du plan Alzheimer, l'association France Alzheimer a été chargée de développer des formations d'aidants sur l'ensemble du territoire. Mais nous rencontrons des difficultés à identifier les personnes ayant des besoins en la matière. Je lance donc un appel à l'assistance. Nous sommes demandeurs de partenariats avec ceux qui sont en mesure d'identifier les lieux où nous pourrions former des aidants. Pour l'heure, nous avons surtout répondu aux demandes qui nous étaient soumises. Nous nous employons aujourd'hui à développer des formations avec des communes ou des hôpitaux.



CONCLUSION

M. Jean-Manuel KUPIEC

Je remercie la mairie de Lyon et tout particulièrement Pierre HÉMON de nous avoir accueillis, ainsi que l'ensemble des intervenants. À la suite du colloque « Questions de priorité – questions de dignité » – du 3 décembre 2009 à la Maison de la radio à Paris, nous avons émis des pistes de réflexion que nous avons adressées au ministre de l'époque. Je souhaite revenir sur quelques un de ces points qui sont plus que jamais d'actualité.

Concernant la non-discrimination entre les personnes âgées et les personnes handicapées, il nous reste encore à supprimer la barrière d'âge à 60 ans et la distinction qui est faite entre les individus moins âgés et plus âgés. La CNSA l'avait signalé en 2007, mais je ne suis pas certain que nous soyons toujours dans cette optique actuellement.

Les solidarités entre les générations doivent par ailleurs être, à l'avenir, intégrées dans nos réflexions dans la construction de la réforme sur le financement des différentes prestations de compensation à l'autonomie. Le bien vieillir de tous repose sur la prévention. L'enjeu consiste à augmenter le potentiel d'espérance de vie en bonne santé de chacun. Les groupes de protection sociale ont un rôle majeur à jouer sur ce sujet.

Un dispositif coordonné entre les modes de financement existants - public et privé - doit être prévu. La perte d'autonomie doit également faire l'objet d'une même définition dans le secteur public comme dans le secteur privé. En matière de contrat, il faut peut-être s'inspirer de pays comme l'Allemagne et le Japon qui ont mis en place un socle de garanties obligatoires.

Un observatoire de la solidarité associant les professionnels et le public pourrait contribuer à un nécessaire partage d'expériences sur ce sujet de société.

Des groupes de travail techniques existent auprès du ministre Éric WOERTH sur différents sujets. Concernant le référentiel commun de reconnaissance de la perte d'autonomie entre le secteur public et les entreprises d'assurance, le CTIP défend l'idée d'un référentiel fondé sur les actes de la vie quotidienne, et non exclusivement sur la grille AGGIR, l'intégration d'une obligation de prendre en charge les actes de prévention dans le contrat labellisé, ainsi que le développement d'une formation universitaire sur l'évaluation et la prévention de la perte d'autonomie.

Concernant le cahier des charges du contrat labellisé, le CTIP insiste sur l'importance de définir les caractéristiques techniques des plans de prévoyance pour l'autonomie. Il défend notamment : la garantie de risque couvrant l'aléa de survenance et la durée de la dépendance, la prestation de rente, sans sortie de capital et la rente viagère tant que dure l'état de dépendance, une faible sélection médicale, la revalorisation des rentes, la portabilité des contrats et leur transférabilité entre organismes assureurs, ce qui serait toutefois plus difficile à réaliser compte tenu des provisions à passer sur ce type de risques.

Quoi qu'il en soit, le risque dépendance constitue un risque complexe à piloter sur le long terme.

Je vous remercie de votre attention.

LA JOURNÉE DU CINQUIÈME RISQUE DE PROTECTION SOCIALE

est un événement parrainé par l'OCIRP,
union de près de 40 institutions de prévoyance,
France INFO, et *Le Monde*.

en partenariat avec :

AG2R LA MONDIALE, APRIONIS, AUDIENS,
D&O, MALAKOFF MÉDÉRIC, MORNAY, MUTUALITÉ FRANÇAISE MUTEX,
NOVALIS TAITBOUT, RÉUNICA, VAUBAN HUMANIS.

organisation :

Molitor Consult

QUESTIONS DE PRIORITÉ, QUESTION DE DIGNITÉ



QUATRIÈME JOURNÉE DU CINQUIÈME
RISQUE DE PROTECTION SOCIALE

Dépendance et Perte d'Autonomie

**Nous avons appris à imaginer le pire
pour que vous puissiez vivre le meilleur**



Retrouvez l'histoire d'Odile sur [ocirp.fr](https://www.ocirp.fr)



ByTheWayCreatom - Photo : Khalil

**Perte d'autonomie ? Besoin de faire face ?
Au cœur de la famille, il y a l'OCIRP et la rente dépendance.**

Dans le cadre d'un contrat de prévoyance d'entreprise ou d'un accord de branche, plus de quatre millions de salariés et sept cent mille entreprises relèvent des garanties de l'OCIRP. L'OCIRP, union de près de 40 institutions de prévoyance, à gestion paritaire, est à but non lucratif.



OCIRP
unis par excellence

ocirp.fr

Les garanties OCIRP sont diffusées par les institutions de prévoyance membres des groupes : AG2R LA MONDIALE - AGRICA - APICIL - APRIONIS - ARIES - AUDIENS - D&O - IRCEM - LOURMEL - MALAKOFF MÉDÉRIC - MORNAY - NOVALIS TAITBOUT - PRÉMALLIANCE - RÉUNICA - VAUBAN-HUMANIS - VICTOR HUGO
Et les institutions de prévoyance : ANIPS - APGIS - CAPSSA - CREPA - GNP - ICIRS Prévoyance - IPBP - IPECA Prévoyance - IPSEC - UNIPRÉVOYANCE