UNION DÉPARTEMENTALE DE LA VIENNE

UNION SYNDICALE DES RETRAITÉS DE LA VIENNE

21 Bis Rue Arsène Orillard 86000 POITIERS

Tél : 05 49 60 34 70

PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

CONTRIBUTION CGT DE LA VIENNE

(image)

PLAN DU DOCUMENT

- **Préambule**

- **Etat des lieux**

- **Réparation du forfait autonomie**

- **Structures**
-
- **Petit état des lieux dans la Vienne**

- **Modes d'hébergement**
  -L'aide à domicile
  -Les aidants
  -La perte d'autonomie

- **Liminaires de la loi ASV**

- **Loi d'adaptation de la société face au vieillissement**

  -Amélioration de l'APA
  -Accent sur la prévention
  -Habitat intermédiaire
  -Nouveau régime juridique
  -Le financement

- **Discussion**

- **Les EHPAD**
  -Leur situation dans la Vienne
  -Les coûts

- **Des conditions de travail dégradées !!!**

- **Financement - Parlons-en !!!**

- **Silver Economie : chiche !!!**
- **Glossaire**

PREAMBULE ↓

La loi d'adaptation de la société face au vieillissement, assurément attendue depuis longtemps par tous les acteurs du secteur de l'aide à la personne et plus largement du médico-social, est entrée en vigueur le 1er janvier 2016.
C'est Laurence Rossignol, Secrétaire d'Etat en charge des personnes âgées et de l'Autonomie, qui a dû défendre cette loi dite de programmation. Or, à ce jour, son application n'est pas à la hauteur des enjeux, et n'apporte pas de réponse aux besoins.

ETAT DES LIEUX ↓

On dénombre : (chiffres 2006 référence : décimale n°294 septembre 2009 INSEE) 96000 personnes âgées de 60 à 80 ans et plus - une projection fait apparaître que cette population augmenterait de 10 % passant à 135 000 personnes (soit 40 % de la population du département), parallèlement une hausse de 10 % des personnes âgées dépendantes, dans la Vienne, devrait augmenter de 34 % d'ici 2030.

Les personnes âgées sont proportionnellement plus présentes en milieu rural : 34% de l'espace du seuil urbain sud du département et 30% de l'espace nord.

Entre 2006 et 2020, pour la Vienne, les personnes ayant entre 60 et 79 ans augmenteraient de 39% et les plus de 80 ans de 41% (Source INSEE, protection Omphale).

D'ici 2020, cette part continuera d'augmenter pour atteindre 44% dans le sud et 42% dans le nord. Cependant les aires urbaines sont les plus peuplées. Ainsi en 2006, 46% des personnes âgées de plus de 60 ans de la Vienne habitent dans l'aire urbaine de Poitiers. Ce phénomène de concentration devrait continuer, l'aire urbaine de Poitiers compterait 70 000 personnes âgées de 60 ans et plus en 2020, soit une augmentation de + 55% par rapport à 2006. Ainsi, dans la Vienne, plus d'une personne de 60 ans et plus sur deux y résiderait. L'aire urbaine de Châtellerault, quant à elle, rassemblerait près de 25 000 personnes de 60 ans et plus, soit + 33% par rapport à 2006. Bien que l'explication principale de l'augmentation des personnes âgées soit l'arrivée dans ces âges des premières générations du baby-boom, l'allongement de l'espérance de vie va aussi augmenter le nombre des plus âgés d'entre eux.

Le département de la Vienne devrait compter 34 000 personnes de 80 ans et plus en 2020, soit 10 000 de plus qu'en 2006.
La moitié de ces octogénaires résiderait, là aussi, dans l'aire urbaine de Poitiers. (Source INSEE, Décimal Poitou-Charentes, n°308, 2010).

Part des 65 ans et plus dans la population générale en 2012 :	
Haut-Poitou, Grand Poitiers, 6 Vallés, Vienne et Moulière et les Portes du Poitou	de 13 à 19 %
Nord Haut-Poitou, Nord Portes du Poitou, Sud des 6 Vallées	de 19 à 22 %
Loudunais, Châtelleraudais, Chauvinois, Nord Montmorillonnais, Nord Civraisien	de 22 à 25 %
Val de Gartempe et Creuse	de 25 à 29 %
Montmorillonnais, Sud Civraisien	de 29 à 38 %

Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans la population générale en 2013 :	
Pays Loudunais	7602 / 24 499
Val de Gartempe et Creuse	2 611 / 7 736
Pays Chauvinois	3 843 / 13 638
Pays Civraisien	9 471 / 27 617
Pays des Six Vallées	12 168 / 51 962
Pays Montmorillonnais	12 575 / 34 077
Pays Vienne et Moulière	2 370 / 12 531
Pays Haut-Poitou et Clain	11 903 / 52 244
Pays Châtelleraudais	16 022 / 53 113
CA de Grand Poitiers	29 566 / 138 885

Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile par tranche d'âge et par GIR en 2015 :	
60 ans et plus GIR 1 et 2 : 687	687
60 ans et plus GIR 3 et 4 : 4052	4 052

65 ans et plus GIR 1 et 2 : 680	680
65 ans et plus GIR 3 et 4 : 3973	3 973
75 ans et plus GIR 1 et 2 : 597	597
75 ans et plus GIR 3 et 4 : 3527	3 527

Nombre de bénéficiaire de l'APA à domicile par tranche d'âge et par GIR en 2015 :	
60 ans et plus GIR 1 et 2 : 687	687
60 ans et plus GIR 3 et 4 : 4052	4 052
65 ans et plus GIR 1 et 2 : 680	680
Les moins bénéficiaires :	Pays Vienne et Moulière
Les plus bénéficiaires :	Grand Poitiers, Châtelleraudais, Montmorillonnais, Haut-Poitou et Clain et les Six Vallées.

RÉPARATION DU FORFAIT AUTONOMIE

(Résidence autonomies) 2017

(Résidences autonomies) 2017 :	
Nombre de places Appartements	1 318 1 250
Forfait	318,66 € par place

Territoires âgés présentant plusieurs critères de fragilité parmi les plus défavorables	le Civraisien et le Montmorillonnais

Territoires présent plusieurs critères de fragilité sur toute une partie de leur surface	Le Chauvinois, Val de Gartempe et Creuse, Haut-Poitou et Loudunais.

Territoires urbains se caractérisant par des situations d'isolement et de précarité économique	Grand Poitiers et Châtelleraudais

Territoire globalement en situation plus favorable	Les portes du Poitou, Vienne et Moulière et les Six Vallées

Nombre de lits en EHPAD répartis dans 79 établissements (DGAS juillet 2017) : **Dont :**	5900	
- réservés au personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	744	
- en accueil de jour :	131	
- en accueil temporaire	128	
- en gestion public	21	(27 %)
- en gestion hospitalière	9	(11 %)
- en gestion privée non lucrative	22	(28 %)
- en gestion privée lucrative	27	(34 %)

Nombre d'appartements en résidences autonomie en gestion CCAS	1250

Il est recensé au 1er janvier 2015 (Vienne)	**434 887 habitants (+ 0,4%)**
En 2014 : - dont : de 60 à 74 ans : - de 75 ans et plus :	433 203 habitants 68 872 habitants (15,9%) 46 148 (10,7%)

Evolution 2009/2014 :		
Au 30 juin 2014 : Nombre de bénéficiaires vivant à domicile pour la tranche de 60 à 74 ans	60 414	+14%
Nombre de bénéficiaires vivant à domicile pour la tranche de 75 ans et +	42 833	+7,74%
Nombre de bénéficiaires vivant à domicile sont recensés pour le département personnes de 60 ans et + dont : personnes en GIR 1 : personnes en GIR 2 : personnes en GIR 3 : personnes en GIR 4 :	4 791 101 651 933 3 016	4,46%

L'INSEE, en 2012, recensé 2 219 bénéficiaires d'un minimum vieillesse sur le département
de la Vienne sur 71 553 retraités, ce qui correspond à 3,10 %.

701414 ha de superficie (Source INSEE) 57 habitant au km**2**

- **3 arrondissements**
- **38 cantons**
- **281 communes**
- **23 % de la population ont plus de 60 ans.**

Au plan national, 613 506 personnes ont rejoint les rangs des retraités en 2016 contre
650 000 en 2015. Cette baisse de 6,6 % est due au recul de l'âge de départ à la retraite
à 62 ans.

STRUCTURES ↓

(Données issues de la Direction Générale adjointe de la solidarité : juillet 2017)

Place autorisées, toutes capacités confondues (EHPAD-EHPA et USDL) sur la période 2003-2008	5 846
Nombre de personnes aidées au titre de l'APA* en établissement (moyenne d'âge de ces bénéficiaires en 86 ans)	3 547
En 2008 : personnes dépendantes à domicile étaient aidées par le Conseil Départemental de la Vienne (96 au titre de l'allocation compensatrice et 4238 au titre de l'APA. La moyenne d'âge de ces bénéficiaires était de 83 ans). En complément de ces interventions, des aides à domicile, le département dispose de 804 places de SSIAD.	4 379

PETIT ÉTAT DES LIEUX DANS LA VIENNE ↓

Pension mensuelle moyenne d'un homme	1200 euros
Pension moyenne d'une femme	900 euros

(A noter que le seuil de pauvreté est évalué à 940 euros par mois).

Moyenne mensuelle de l'APA en établissement	289 euros (345 € au plan national)
Nombre de personnes bénéficient de ce droit à	8 670

l'APA en 2012.	

Un résident en établissement paie en moyenne minimum 2 200€ par mois, il doit faire appel à sa famille ou, lorsqu'il en a un, puiser dans son patrimoine pour payer le reste à charge souvent égal à 30 voire 40 % du coût mensuel de l'hébergement.

Dans le département de la Vienne, de nombreuses actions se développent afin de répondre aux besoins exprimés par les personnes âgées, que ce soit en matière d'hébergement, de maintien à domicile, de services, de transports… Pour autant, nous constatons une concentration de ces actions ciblées sur une ligne englobant le Nord-Vienne, à partir de Poitiers.

En Vienne, la projection à l'horizon 2020 en données infra départementales a été faite sur la base du recensement de 2006. En supposant le maintien des tendances démographiques depuis 1990, la population du département devrait passer :

- **De 419 000 habitants en 2006 à 454 000 habitants en 2020, soit une progression de 8 %.**
- **Entre 2008 et 2020, la population de l'aire urbaine de Poitiers devrait croître de 16,5 % et celle de Châtellerault de 5 %. En revanche, les zones rurales du département devraient voir leur population diminuer de 5 % pour la zone nord et de 8,6 % pour la sud.**

Les personnes âgées sont proportionnellement plus présentes en milieu rural. En 2006 elles représentaient 34 % de la population de l'espace rural sud et 30 % de l'espace nord. D'ici 2020, cette part continuera d'augmenter pour atteindre 44 % dans le sud et 42 % dans le nord.

A noter :

- **Que le secteur du Loudunais a vu sa population baisser de 2,19 %.**
- **Que celui de Montmorillon poursuit son ralentissement, moins 1,88 %, perte de 40 habitants par an.**
- **Qu'entre 2006 et 2011, la ville de Châtellerault a perdu 2 500 habitants.**
- **Que la ville de Poitiers perd un millier d'habitants (recensement INSEE décembre 2012).**
- **Que l'axe Poitiers - Châtellerault concentre 42 % de population handicapée.**

Les établissements d'accueil de personnes âgées ne sont pas qu'un coût, ils représentent un service rendu aux résidents et sont créateurs d'emplois.

MODES D'HÉBERGEMENT ↓

En 2012, 16 % des personnes âgées souffraient d'isolement. En 2013, nous sommes passés à 23 %. Pour autant, à une enquête de la DRES, la majorité des personnes âgées (60 %) répond vouloir demeurer à leur domicile, 73 % déclarent intégrer un établissement suite à l'âge et à l'état de santé, souvent un choix contraint.
Sous le gouvernement Hollande, lors de sa prise de fonction, la Ministre déléguée aux personnes âgées a rappelé aux citoyens qu'ils ont un devoir de solidarité envers les personnes âgées.

Pour la CGT : on ne peut se satisfaire de discours d'intention. Il faut des actes concrets, liés à la réalité quotidienne.
Il convient donc de considérer l'étude des "quotas" de personnel, non comme un coût, mais comme un service rendu réellement au plus près des personnes dépendantes dans leur lieu de vie.

(image)

Les emplois sont insuffisants, créant des surcharges de travail, se traduisant souvent par une non-réponse aux besoins sollicités. Cette situation est liée à des budgets restreints qui doivent certes être maîtrisés, mais pour rendre des services de progrès, il faut des Femmes et des Hommes qualifiés en Nombre donc il faut des moyens budgétaires à la hauteur des ambitions annoncées.

Comment peut-on respecter les résidents au vu des conditions de travail dégradées ?

MODES D'HÉBERGEMENT - SITUATION DES AIDANTS - PERTE D'AUTONOMIE - RETRAITE ET PA ↓

BUDGET RESTREINT = MALTRAITANCE

Personnes âgées vivant chez elles	60 ans et plus	75 ans et +
Logement 5 pièces	43 %	35 %
Logement 1 ou 2 pièces	0,7 %	11 %
Propriétaires	84 %	73 %

(Source INSEE Poitou-Charentes en 2012)

Or, si la CNSA bénéficie d'un taux de croissance de plus de 2,3 % de l'ONDAM (pris sur la PLFSS : budget de la SS) médico-social pour le financement des établissements et services médico-sociaux, il est à relever que celui- ci est inférieur à l'année précédente. Cela aura une nouvelle fois pour conséquences de ne pas permettre de couvrir totalement les charges des lits services et établissements.
La CASA, qui n'est autre que la journée de solidarité versée par les seuls revenus des retraités et que la CGT a toujours dénoncée, progresse très légèrement. (Elle rapportera 748,9 millions en 2017).
Que ce soit le non versement de la CASA ou le transfert de la CSG, le résultat est le même, opération avait été opérée.
C'est en tout un milliard d'euros qui a été "détourné" de l'accompagnement à la perte d'autonomie alors que les établissements médico-sociaux et les services d'aide à domicile manquent de moyens pour remplir leur mission auprès des bénéficiaires.

De nombreux glissements de tâches sont effectués chaque jour pour répondre aux besoins des résidents (exemple : AS/IDE) que dire des externalisations des services (linge, cuisine…) toujours négociées au moindre coût. Sans parler de l'utilisations des associations relevant pour l'essentiel dans leur activité au bénévolat qui est un investissement humain, humaniste. Elles travaillent à apporter aide et soutien aux personnes âgées. Elles participent à la restauration du lien social, mais elles ne peuvent être utilisées à combler les carences des services et des emplois publics. Cela amène la CGT à inviter à une réflexion sur le rôle et les limites du bénévolat, lorsqu'il vient remplacer le travail salarié notamment, l'absence de qualification pour prendre en charge des personnes en situation de fragilité.
Le bénévolat a sa raison d'être, mais il ne doit pas être utilisé à la place du travail salarié.

A noter :

- **que 30 à 40 000 emplois du monde associatif risquent d'être supprimés pour cause d'austérité, de désengagement de l'État , baisse de 1,5 milliard d'euros de dotation versée aux collectivités locales pour 2018.**
  (Entre 2010 et 2012, le secteur a déjà perdu 11000 emplois).

L’AIDE À DOMICILE ↓

L’aide apportée par les familles est non seulement financière, il s’agit aussi du temps passé à entourer la personne et lui rendre la vie plus facile.

Le financement des établissements collectifs relève d’une part de l’activité de soins et à ce titre est couvert par une dotation de l'assurance maladie, et d’autre part l’hébergement est supporté par le Conseil Départemental dans le cadre de l’ASH pour les personnes à faible niveau de ressources uniquement.
Dans la même catégorie d’aide, se trouve également le financement par l'assurance maladie des SSIAD qui interviennent auprès des personnes nécessitant des soins de long terme mais vivant à domicile.
Au début du 20ème siècle, l’aide aux familles est essentiellement sur fond de charité mais, à la création de la Sécurité Sociale, l’ordonnance du 02/11/1945 instaure une politique de protection sociale, maternelle, infantile et d’action sociale.

Quand on parle d’action sociale auprès des familles, ce n’est pas uniquement en direction d’une structure familiale parent-enfant, mais en terme générique : parent seul, personne seule, personne en situation de handicap ou âgée… La perte d’autonomie et la dépendance étaient bien au cœur de la création de la Sécurité Sociale.
Pour preuve, en 1970, la signature de la première convention collective des travailleuses familiales (prémices du secteur de l’aide et du maintien à domicile) s’adosse à la Convention Nationale de la Sécurité Sociale. Chaque évolution de la CCN de la Sécurité Sociale entraînera une modification de la CC appliquée aux travailleuses familiales.

Le financement du secteur associatif est de fait encadré par les accords UCANSS (Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale qui gère les personnels des 4 branches : maladie, vieillesse, famille et recouvrement).

En 1991, la mise en place des emplois familiaux (emplois du particulier employeur), puis le Chèque Emploi Service, accompagné de toute une cohorte de déductions fiscales, entament la destruction du secteur associatif prestataire, continuée par la PSD (Prestation Solidarité Dépendance) et la gestion par les Conseils Généraux appelés maintenant Conseils Départementaux.

Le plan BORLOO et la Loi de 2005 relative au développement des services à la personne achèvent la destruction du secteur prestataire, en incluant l'aide à domicile dans le conglomérat essentiellement marchand et à forte concurrence.

Le gouvernement avait une visée politique en cantonnant le secteur dans la sphère privée, se dédouanant du coup de la mission de service public souhaitée au départ.
Pourtant la perte d'autonomie entre de plein droit dans cette perspective.
La réalité du maintien à domicile de l'aide à la personne a beaucoup évolué, jusqu'à arriver à la prise en charge de pathologies lourdes tels que la maladie d'Alzheimer ou le handicap.

La question non résolue demeure : celle de la formation et les compétences conjuguées à celle du manque de reconnaissance du métier qui s'apparente à une mission de service public.

Les effectifs des aides à domicile ont plus que doublées en 15 ans, particulièrement depuis le début des années 2000.
Il s'agit là, en grande majorité, d'emplois presque exclusivement féminins maintenus dans une image peu valorisée, ce secteur est touché par la précarité, la pauvreté, ⅓ des salariés vivent en-dessous du seuil de pauvreté.

Ces salariés, dont 80 % sont des employés en gré à gré, polyvalents et pluriactifs sans formation, sans qualification, vivent une division du travail, une multiplicité des tâches avec une remise en cause d'un statut à une convention collective de métiers.

La volonté, quasi unanime de nos concitoyens, est de vivre le plus longtemps possible à leur domicile. Cette situation entraîne de plus en plus de nouvelles formes d'habitats, de services, de transports, de loisirs…
La réponse au vieillissement de la population relève pour beaucoup du développement des services d'aide à la vie quotidienne.

La CGT porte ce paradoxe d'un paradoxe d'un secteur pour lequel l'INSEE prévoit la création de 300 000 emplois d'ici 2020 dont 150 000 nets, alors que, dans le même temps, ces salariés sont peu reconnus, que bon nombre de structures sont en grandes difficultés économiques et que dans son ensemble, il est en stagnation, voire en diminution. Or les services d'aide et de soins peuvent accompagner les évolutions nécessaires du système de santé.

La priorité est de renforcer un financement basé sur la solidarité nationale car la couverture de la grande dépendance est très insuffisante. Le reste à charge est trop important et oblige un nombre croissant de personnes à ne pas prendre l'ensemble des heures de leur plan d'aide et l'APA à domicile ne permet plus de répondre aux besoins des personnes.

Le Conseil Départemental , en charge de cette politique via l'APA ou la prestation de compensation du handicap voire d'autres possibilités en matière de politique sociale, exemple le RSA, est confronté dans le même temps à une stagnation du financement avec comme incidence une limitation de l'efficacité des champs d'intervention.

Les personnes en perte d'autonomie se restreignent elles-mêmes compte-tenu de l'augmentation des restes à charge, la crise frappe à tous les étages : bénéficiaires des services, prestations, pensions retraites, impôts…

La différence entre le coût réel et les aides existantes oblige les familles à financer elles-mêmes les restes à charge. Dans 3 cas sur 4, le reste à charge excède 60 % des ressources des bénéficiaires.
L'aide apportée par les familles est non seulement financière, il s'agit aussi du temps passé à entourer la personne et à lui rendre la vie plus facile.
A domicile, plus de 8 personnes dépendantes sur 10 sont accompagnées au quotidien par leur entourage familial. A ce titre, les aidants familiaux sont des acteurs essentiels de la prise en charge de personnes âgées dépendantes.

L'ETAT s'est désengagé du financement de l'APA.

Sa participation est passée de 50 % en 2002 à 30 % . 70 % restant à la charge des Conseils Départementaux.

L'APA est le plus important financement.

Elle est versée à 72 % par le Conseil Départemental et 28 % par la CNSA.

Pour la CGT : le cahier revendicatif doit :

- **Permettre aux salariés de travailler à temps complet.**
- **Une prise en charge de tous les frais réels par l'employeur, remboursement des frais kilométriques pour tous, une dotation de vêtements professionnels chaque année, l'octroi d'un téléphone professionnel pour chaque salarié.**
- **Interdire toute intervention de moins d'une demi-heure afin de favoriser la bientraitance.**
- **Requalifier les salariés reconnus inaptes.**
- **Une prise en charge par l'employeur de formation qualifiante.**
- **Différencier les tarifs alloués aux associations : aide à domicile, auxiliaire de vie sociale.**
- **Financer les réunions de supervision pour tous (reconnaissance du métier).**
- **Créer un véritable service public de l'aide à domicile financé par la branche Maladie de la Sécurité Sociale.**
- **Exiger un contrôle de l'argent public des subventions.**

(image)

LES AIDANTS ↓

(Acteurs essentiels de la prise en charge de la perte d'autonomie)

La population vieillit, mais la possibilité de prise en charge par la famille diminue : plus le temps, plus la capacité, plus les moyens, les femmes travaillent et ne peuvent plus assumer les tâches.
Une réalité doublée par le développement de la médecine ambulatoire et du maintien des personnes âgées au domicile.
En 2009, on dénombrait environ 8 millions d'aidants familiaux dont les ¾ sont des femmes.
L'âge moyen de ces derniers est de 52 ans, mais le groupe d'âge pivot des 45-64 ans est le plus sollicité, parce qu'il assure le soutien aux parents d'un côté, aux enfants de l'autre. Près de 50 % des aidants occupent un emploi : 7% sont au chômage et 33 % sont des retraités.
8 % des aidants déclarent ne pas occuper un emploi en raison de la présence auprès d'un aîné et 15 % d'entre eux ont réorganisé leur vie professionnelle (changement ou réduction des horaires de travail, changement de la nature de travail…) pour faire face.
Des études ont relevé que la mise en place de l'APA n'a pas modifié l'intensité de leurs interventions. En effet, 75 % des allocataires de l'APA sont aidés par leur famille avec un investissement horaire deux fois supérieur à celui des intervenants professionnels.
Pour 75 % des aidants, cette tâche a un retentissement important sur la santé physique ou psychique (dépression, épuisement, risque de maladie cardio-vasculaire, retard au dépistage notamment des cancers…).
La question du soutien et de l'accompagnement des aidants, souvent le conjoint ou un enfant, est donc cruciale, particulièrement dans le cadre de la tendance actuelle qui consiste à maintenir au maximum la personne âgée à son domicile.

La réduction des moyens humains et financiers dans les communes conduits de plus en plus fréquemment à faire appel au bénévolat des retraités pour assurer les services de proximité ou le lien social : venir s'occuper des enfants dans les écoles le mercredi, participer à diverses activités de soutien auprès des personnes âgées.
C'est une dérive qui renvoie à la notion de l'utilité sociale que les retraités seraient tenus d'avoir d'avoir pour être acceptés comme des acteurs économiques et non une charge pour la société.

La CGT demande l'arrêt des privatisations et la reconstruction d'un réseau de service publics de proximité, elle demande également à l'Etat de donner les moyens aux collectivités pour développer leur activité en direction des retraités et des personnes âgées, ainsi que la création d'un service public englobant l'aide à domicile et les établissements d'hébergement.

LA PERTE D'AUTONOMIE ↓

Il n'y a aucune raison pour laquelle on serait handicapé avant 60 ans et dépendant après, si ce n'est le refus d'intégrer les personnes âgées handicapées dans la Sécurité Social.

- **11 % des personnes de plus de 82 ans sont concernées en perte d'autonomie.**

- **1,2 million de personnes âgées bénéficient aujourd'hui de l'APA pour une période de 4 ans.**

Qu'est-ce que la perte d'autonomie : il y a perte d'autonomie ou handicap lorsque du fait de la limitation des capacités motrice, mentale, psychique, ou

sensorielle, une personne rencontre des obstacles dans sa vie quotidienne qui compromettent son autonomie.

Sans doute pour justifier des décisions politiques à venir, dans un entretien au Monde, Madame Delaunay affirme : “Il est temps pour la génération qui est la mienne de mesurer que la vieillesse va durer 30 ans, voire davantage”.

La situation des personnes en perte d’autonomie et leur accompagnement appellent des mesures fortes et rapides en termes de prise en charge, de structures de soins et d’accueil médicalisé, d’aide au maintien à domicile et au soutien des aidants.
Aide à l’autonomie en 2020… La population des plus de 80 ans aura dépassé les 8 millions.
Cette confusion entre retraite et vieillesse reste symptomatique ; Est-ce pour cela que les personnes handicapées atteignant 60 ans perdent leurs droits antérieurs pour devenir des personnes âgées dépendantes et donc moins indemnisées ?
L'espérance de vie en France augmente depuis deux siècles et plus rapidement au XXème siècle, l'espérance de vie en bonne santé progresse plus vite, particulièrement grâce à la généralisation de l'accès aux soins qu’a permis la Sécurité Sociale. De ce fait, la perte d’autonomie est plus tardive, plus courte.
Nous sommes loin du catastrophisme annoncé par certains avec les mêmes fausses idées car 73 % des plus de 85 ans sont autonomes. Les plus de 75 ans 5,5 millions - 8,6 % de la population, 9 % des plus de 60 ans bénéficient de l’APA.

- **Si la dépendance augmente fortement avec l’âge :**
  - 2 % entre 60 ans et 69 ans
  -10,5 % à 80 ans
  -30 % à 90 ans

- **L’âge d’entrée en dépendance recule, il passerait :**
  -de 78 à 82 ans entre 2000 et 2040 pour les Hommes
  -de 83 à 88 ans pour les Femmes.

En 2030 selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes dépendantes devrait s'accélérer avec l'arrivée de la génération baby-boom.

Au fil du temps, dans un monde essentiellement rural, les familles, à défaut de charité chrétienne, ont dû pratiquer l'entraide intergénérationnelle pour concrétiser dans les années 1920 le métier de travailleuse sociale.

Au sortir de la seconde guerre mondiale et notamment avec la création de la Sécurité Sociale, le début des années 50 franchit un nouveau cap et consacre au terme "d'Arts ménagers" l'ensemble des techniques qui, dans le cadre du foyer familial, permettent de soutenir la vie physique et alimenter la vie intellectuelle.

LIMINAIRES DE LA LOI ASV ↓

Peu à peu, on assiste ainsi à la progression de ce nouveau métier que nous pouvons baptiser d'emblée d'aide à domicile sans y mettre ipso facto une fiche de tâches trop formelle. Cette façon nouvelle d'appréhender l'équilibre familial ne pourra échapper au législateur qui régulièrement produira quelques textes pour tisser, en 2016, une nouvelle toile juridique baptisée **Adaptation de la Société face au vieillissement dite plus communément loi ASV.**

Un petit coup d'oeil dans le rétro législatif

Afin de pouvoir de ne pas alourdir le propos puisque c'est bien de la loi de 2016 dont il s'agit, nous convenons d'une simple rétrospective législative. En effet des travaux soutenus et sérieux ont été réalisés, consultables sur internet, ils permettent d'assouvir une potentielle curiosité historique de la matière.

On remarque cependant que suivant les époques, le législateur sera ou pas, voire peu productif. Les Trente Glorieuses offriront un assez maigre plateau juridique, pas de quoi rassasier les différents acteurs de cette nouvelle articulation sociétale. En effet, le tissu associatif est suffisant pour les uns et pour les autres, la présence intergénérationnelle reste une valeur sûre… On verra tout de même l'apparition du terme Aide-ménagère dans les formes de travailleuses indépendantes (1970).
En 1991, un soubresaut vient troubler l'ordre établi : avec sa loi, Edith Cresson permet une réduction d'impôts sur l'emploi d'une personne comme aide à domicile. En 1996, Alain Juppé renforce certains dispositifs de la loi évoquée supra… En autorisant, par exemple, les entreprises à investir ce secteur qui se développe.
Mais c'est en 2005 que se produit le véritable premier tremblement de terre : avec sa loi, le ministre de la cohésion sociale, Jean louis Borloo, entend bien renverser la table.
Cette loi du 26 juillet 2005 fait apparaître, pour la première fois, la notion de "Service à la Pesonne". Il y a également la naissance fameux Chèque Emploi Service Universel (CESU) et l'apport d'un allègement des charges sociales pour les particuliers employeurs. Pour fédérer cette nouvelle donne, on crée l'Agence nationale des services à la personne et une ligne téléphonique spécifique : le 3211, la procédure d'agrément est mise en place, confiée à la DIRECCTE.

LOI D'ADAPTATION DE LA SOCIETE FACE AU VIEILLISSEMENT ↓

Rappel :

La loi d'adaptation de la société face au vieillissement est entrée en vigueur le 1er janvier 2016.

"Nous espérons que ce texte permettra de commencer à prendre réellement conscience des enjeux démographiques et sociétaux pour les années à venir" ont déclaré les représentants de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

Tout d'abord, effectuons un rapide tour d'horizon du contexte. Aujourd'hui les personnes de plus de 60 ans sont 15 millions, pour être 20 millions en 2030 et 24 millions en 2060 avec une très forte augmentation de la tranche 75-85 ans. Ainsi selon les études de DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques), les personnes aidées (60 ans et +) étaient 1,2 million en 2012 pour normalement être 2 millions en 2040.

Nombre de retraités dans la Vienne (chiffres CARSAT 2015)	84 805
Dont : -Hommes -Femmes	 37 187 47 618

Nombre moyen de la pension mensuelle fin 2016 pour une carrière complète au régime général	1 041
Nombre moyen de la pension mensuelle fin 2015 pour une carrière complète au régime général	1 057
-Hommes	1136

-Femmes	931

Âge moyen des retraités	**73.5 ans**
Dont: -Hommes -Femmes	 72,2 ans 79,6 ans

- **27 % des retraités vivent dans les 3 principales villes du département :**
  -Poitiers : 12 013
  -Châtellerault : 8 552
  -Buxerolles : 1 982

La loi ASV met en avant tout l'accent sur le maintien à domicile, alimentant de moindre façon tout ce qui concerne l'hébergement en établissements.

Ainsi, nous proposons dans un premier temps d'évoquer les principes de cette loi nouvelle et ensuite d'alimenter une discussion qui n'a pas prétention d'être complète mais qui pourrait peut-être servir à l'ouverture d'un débat soutenu.

1 - Amélioration de l'APA :

Augmentation des plafonds à partir du 1er mars 2016, soit :

- **GIR 1 : 1 713€ contre 1 312 soit une hausse de 400€**
- **GIR 2 : 1 375€ contre 1 125 soit une hausse de 250€**
- **GIR 3 : 993€ contre 843 soit une hausse de 150€**
- **GIR 4 : 662€ contre 562 soit une hausse de 100€.**

Rappelons que seules les personnes relevant des GIR 1 peuvent bénéficier de l'APA et que les départements ont jusqu'au 1er janvier 2017 pour réexaminer les situations. Cette amélioration des plans d'aide permet ainsi de diminuer la part financière des bénéficiaires, ce que l'on nomme en fait le reste à charge.

2 - Une prise en compte des aidants :

Mais qu'est le proche aidant ? Celui-ci est défini par conjoint, parent, partenaire ou allié, sans oublier que 18 % des aidants sont des amis, voisins…

La loi ASV prévoit une nouvelle prise en compte de ce proche aidant et instaure le droit au répit qui se traduit par une allocation permettant de financer des heures d'aide à domicile supplémentaires pour la personne aidée en cas d'absence voire le financement d'un accueil de ce jour ou encore en hébergement temporaire.

C'est l'équipe médico-sociale chargée de l'évaluation de l'APA qui se chargera de mettre en place et de diversifier le contenu de l'aide. Notons que ce financement de ce proche aidant semble porté à la hauteur de 500 euros/an.

Ensuite, suivant certains cas, une aide ponctuelle peut être obtenue après requête près du Président du Conseil Départemental et peut atteindre 992 euros au-delà des plafonds de l'APA.

3 - Accent sur la prévision :

La loi instaure une nouvelle organisation : la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Cette assemblée sera notamment chargée d'établir un diagnostic des besoins des 60 ans et plus sur le département et d'adopter un programme coordonné de financement des actions de prévention : accès aux équipements, situation des proches aidants, adaptation des logements, sensibilisations sur la dénutrition, le lien social… Dans cette organisation,, on trouve la notion de Spasad ou Spasad intégré, soit en bref un service polyvalent d'aide et de soins à domicile dont l'objectif est de coordonner les interventions des différents acteurs.

La conférence des financeurs est présidée par le Président du Conseil Départemental et vice-présidée par le Directeur Général de l'ARS et réunit toutes les institutions impliquées dans la prévention : Caisses de retraite, organisme régis par le Code de la mutualité, service de l'aide aux personnes…

4 - Habitat intermédiaire :

Parmi les nouvelles dispositions de la loi, citons l'encouragement à développer l'habitat intermédiaire tel que "Habiter autrement" amorcé par l'ADMR. Il s'agit de résidences autonomie aux loyers moins chers que présentent les foyers logement, avec des services individuels et collectifs. On peut ainsi évoquer un alternat entre domicile et EHPAD. Par ailleurs et peut-être par le biais du conseil des financeurs, les personnes âgées aux revenus modestes seront aidées financièrement afin de s'équiper en matériel technique.

5 - Nouveau régime juridique :

La loi ASV bouscule l'ordre juridique établi en faisant passer les services d'aide à domicile de la procédure d'agrément à celle d'autorisation : l'agrément était jusqu'alors délivré par l'Etat (DIRECCTE) et maintenant l'autorisation relève des départements. Ainsi l'autorité de référence est désormais le département, et l'homme fort devient donc le Président du Conseil Départemental. Pour le gouvernement, l'argument avancé est la simplification et ainsi d'en finir avec la cohabitation de deux régimes juridiques. Procédure également de labellisation de certaines maisons juridiques. Procédure également de labellisation de certaines maisons départementales de l'autonomie par la création d'un guichet unique.

6 - Le financement :

Les mesures mises en avant dans cette nouvelle loi représentent une enveloppe de 700 millions d'euros pris dans les caisses de la CASA (Contribution ou cotisation Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie : prélèvement social de 0,3 % sur les retraites et pension d'invalidité). Ainsi Il est évoqué une dotation de 375 millions d'euros pour la revalorisation de l'APA, 25 millions d'euros pour les associations en difficulté…

(image)

L'essentiel de la loi s'adresse aux acteurs de l'aide et du maintien à domicile et semble répondre en deçà des besoins mis en avant par les établissements. Ainsi on peut retenir que les gestionnaires des EHPAD devront obligatoirement conclure pour 5 ans un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et des Moyens (CPOM) avec le Président du Conseil Départemental et le Directeur de l'ARS.

Il est également porté au rang d'obligation la mention d'un socle de prestations lors de la signature du contrat entre les parties : établissement et familles. Ce socle de prestations est en fait une liste de prestations minimales que les établissements devront inclure et qui présente un prix global, lequel, par ailleurs, ne pourra évoluer que dans les limites d'un certain pourcentage.

De plus, les chefs d'entreprise doivent transmettre un lot d'informations à la CNSA avant le 30 juin de chaque année : capacité d'hébergement, tarifs…

Discussion

La loi ASV, incontestablement, met l'accent sur le maintien à domicile.
Cela semble logique puisqu'une très large majorité de gens souhaitent "passer leurs vieux jours" chez eux.
Toutefois, loin d'être encore une loi de grand service public, elle présente, à notre goût, quelques écueils dont il semble important de débattre :
Tout d'abord, c'est au sujet du financement que les premières inquiétudes apparaissent. Ainsi "la loi apparaît en complet décalage avec les besoins estimés" souligne France Alzheimer.
Toujours selon cette association, les sommes sont clairement insuffisantes : 700 millions d'euros alors que les besoins sont estimés à plus de 5 milliards d'euros à l'horizon 2010.
Par ailleurs, cette loi met en scène un personnage important, soit le Président du Conseil Départemental qui devient ainsi le véritable chef d'orchestre de l'aide à la personne sur son territoire.
De ce fait, une grande vigilance est nécessaire afin d'éviter des débordements ou des impasses voire des oublis volontaires, sans parler des éventuelles connivences entre amis dans l'attribution des heures…
De surcroît et toujours autour du département, la loi fait donc la place nette au régime de l'autorisation et déclasse le rôle de la DIRECCTE, permettant ainsi au Président du Conseil Départemental de distribuer les autorisations…
On peut penser forcément que le département pourra jouer sur ce fait pour faire entrer la concurrence… "Le département pourra, si besoin, agir sur ce levier pour rééquilibrer l'offre de service sur son territoire" dit Maud Colomb, directrice adjointe de l'ADMR… Oui mais dans quel sens ?
Tout cela reste donc à surveiller car nous entrons sans hésitation dans le pur libéralisme… Rapprochement avec la Loi travail…

D’autre part, cette loi ne prend pas en compte le désengagement des caisses de retraite et reporte sans sourcilier les charges sur le département déjà encombré par l’austérité. Pourquoi cet aveuglement concernant les caisses de retraite et les mutuelles ? **(Influence des groupes privés ?).**

Il conviendra également de vérifier que le conseil des financeurs soit réellement mis en place et qu’il ne soit pas réduit à sa plus simple expression ou rien ne serait conclu. D’ailleurs dans notre département, il n’y a eu aucune communication de la loi ASV !!!

Le développement de l’APA va créer du travail supplémentaire et souvent dans la ruralité plus de cas lourds pour nos salariées. **Quid du recrutement avec cet accord d’un plafond de 26 % d’auxiliaires de vie dans notre département pour les particuliers employeurs qui, compte-tenu de l’austérité, risquent d’aller vers le prix au plus bas… Qui va s’assurer de la qualité des prestations ?**

Cette loi a une relation nette avec la loi du travail : on va demander de faire plus à des salariées avec une médecine du travail en déclin… !!!

LES EHPAD

Le diagnostic établi par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale concernant la situation des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) est un diagnostic accablant et préoccupant.

(image)

Le vieillissement de la population est une réalité incontournable, il s'agit d'un défi majeur pour notre société.
Face à cette situation de crise, il faut agir et construire une ambition sociale à la hauteur de l'enjeu. Les EHPAD ne peuvent plus être un lieu associé à la maltraitance, à la souffrance.
Parler de maltraitance institutionnelle, c'est reconnaître qu'elle résulte essentiellement du manque de moyens.
Parler de maltraitance institutionnelle, c'est reconnaître qu'elle résulte essentiellement du manque de moyens.
La situation financière des EHPAD est profondément dégradée et nombre d'entre eux sont au bord de la rupture. Il faut revoir d'urgence la réforme tarifaire.

Il manque du personnel qualifié reconnu, il manque des places et des établissements, il manque des dispositifs pour les aidants.

- **Comment faire quand les coupes sombres étant annoncées dans le budget des collectivités et des départements vont peser encore plus ?**
- **Comment faire quand la fin brutale des contrats aidés sans pérennisation des postes gâchant des savoir-faire acquis par l'expérience vient impacter les établissements ?**
- **Comment faire quand le rationnement des dépenses de santé, programmé en budget pour la Sécurité Sociale s'applique implacablement ?**

L'austérité est intenable, insoutenable.
La dépendance des personnes âgées doit être prise en charge par la Sécurité Sociale.
C'est une question de justice qui est posée. Chacune, chacun a le droit de vieillir dignement, c'est ce droit que nous mettons à l'ordre du jour.

70 % des personnes retraitées vivent en ruralité soit au domicile ou EHPAD. Ce sont en principe celles et ceux qui ne peuvent ou ne veulent plus rester à domicile mais qui ne sont pas ou peu dépendantes.

Il existe dans la Vienne 79 structures réparties sur l'ensemble du territoire avec 3 gros secteurs gérant 5 850 lits pour personnes âgées.

31,70 % sont des EHPAD à statut privé à but lucratif avec de grands groupes tels que ORPEA, EMERA, KORIAN, etc… et ce pour 34,60 % des lits.

26,82 % sont des EHPAD à statut privé à but non lucratif. Il n'est pas facile de faire la part des choses, car il y a des EHPAD dirigés par des congrégations religieuses (Béthines, La Puye et St Pierre de Maillé), des associations qui n'ont rien de statut à but non lucratif, des fondations, des mutuelles (Humains, La mutualité, …) et ce pour 25,22 % des lits.

20.73 % sont des EHPAD à gestion territoriale par la CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), ou le CLAS (Centre Intercommunal d'action Sociale), et ce pour 17,09 % des lits.

10,96 % sont des EHPAD à gestion hospitalière pour 13,82 % des lits gérés par l'hôpital public avec un statut hospitalier public.

4,7 % sont des EHPAD public autonomes pour 8 % des lits gérés par des mairies mais à gestion hospitalière, du personnel à statut hospitalier public.

Nombre de lits par structure :

Ce sont les EHPAD territoriaux qui sont les plus petites structures en nombre de lits :

- **EHPAD territoriaux : 56 lits en moyenne**
- **EHPAD hospitaliers : 56 lits en moyenne**
- **EHPAD privés à but non lucratif : 64 lits en moyenne**
- **EHPAD privés à but lucratif : 75 lits en moyenne**
- **EHPAD publics autonomes : 117 lits en moyenne**

Leur situation dans la Vienne :

Le département a été divisé en 3 secteurs :

Nord (Châtellerault, Loudun, etc)	Centre (Poitiers, Lusignan, Chasseneuil, Jaunay-Clan, etc…)	Sud (Montmorillon, Civray, Chauvigny, Lussac…)
16 EHPAD	38 EHPAD	25 EHPAD
1 138 lits	2 819 lits	1 859 lits

A noter :

- **42 % des lits relèvent du privé à but lucratif dans le Sud Vienne, et ce n'est pas dans ce secteur que les retraites sont les plus élevées, contre 32 % dans le Centre Vienne et 29 % dans le Nord Vienne.**
- **Il y a une équation sur l'ensemble du territoire pour les EHPAD à but privé non lucratif.**
- **Le nombre de lits dans les EHPAD hospitaliers représentent 35 % dans le Nord et 10 % pour le Centre et 10 % pour le Sud.**
- **Les lits dans les EHPAD territoriaux sont 24 % sur le Centre (important pour Poitiers) et environ 12 % et 10 % pour les autres secteurs.**
- **Pas de lits en public autonomes pour le Nord, mais un gros secteur hospitalier (35,23 %), Poitiers : 7 % et 14 % pour le Sud.**

Les coûts :

Les plus chers :

- **Larnay - Poitiers : 111,29 euros/jour**
- **La Clairière aux Chênes - Chasseneuil : 110,43 euros/jour**
- **Les Jardins de Camille - St Benoit : 117,17 euros/jour**

Les moins chers :

- **La Petite Suisse - Mouterre sur Bloudure : 48,34 euros/jour**
- **Saint Anne Salvert - Migné : 48,87 euros/jour**
- **Les Châtaigniers - Chauvigny : 51,51 euros/jour**

A préciser que depuis fin novembre 2015, les Marronniers ont disparu pour devenir, sous le même statut, les Châtaigniers, et avec une augmentation de coût supplémentaire par jour, soit 55,42 euros.

Les plus chers proviennent du privé à but lucratif, il y a de l'argent à faire sur les vieux !!
Les moins chers relèvent du secteur public ou hospitalier. La moyenne est autour de 75 à 80 euros par jour, soit entre 2 250 et 2 400 euros par mois.

Ces coûts sont les prix d'hébergement de base auquel il convient d'ajouter des prestations supplémentaires parfois, exemple : le lavage du linge, des services de la coiffure ou d'esthéticienne, etc…

Au coût d'hébergement (tarif de base comme indiqué plus haut), il faut ajouter le tarif dépendance qui correspond au prix demandé pour un accompagnement par du personnel formé ou des produits d'hygiène, couches, etc. Ce prix est fixé par le Conseil Départemental valable un an et surtout en fonction du degré de dépendance. La dépendance est calculée selon 3 degrés de perte d'autonomie selon la grille GIR (Groupe Iso Ressources).

- **GIR 1-2 : perte d'autonomie la plus importante, donc une prise en charge importante.**
- **GIR 3-4 : perte d'autonomie moyenne, donc tarif moyen.**
- **GIR 5-6 : personne autonome, donc prise en charge peu élevée.**

Les personnes hébergées par contre peuvent percevoir, selon leurs ressources, des aides comme l'APL (Aide personnalisée au Logement), ou l'ALS (Aide Logement Social).

La grande majorité des EHPAD ont une convention avec l'aide sociale départementale ou locale, mais combien de personnes la demandent ?

A noter :
Depuis plusieurs mois, des fusions-acquisitions d'EHPAD sont observées dans notre département, une des dernières en date est l'EHPAD Arc-En-Ciel de Neuville de Poitou qui vient d'être absorbée par l'Association des Foyers de Province.
Cet EHPAD rejoint les 7 autres déjà sous la gouvernance de cette association (Vouillé - Lencloître - Fleuré - Nieul l'Espoir - Valdivienne et St Jean de Sauves) soit de ce fait, 8 EHPAD regroupant près de 400 lits - 500 résidents et 400 salariés.

Mais les foyers de Province ont les dents longues puisqu'ils ont pour objectif d'acquérir les EHPAD de Chaunay et de Couhé.

EHPAD VIENNE					
	Nombre	%	Lits	%	Moyenne lits
Privé à but lucratif	26	31,70	2 021	34,61	75
• dont accueil de jour	1		11		
Privé à but non lucratif	22	26,82	1 473	25,22	64
• dont accueil de jour	1		11		
Hospitalier	4	4,87	608	10,41	56
Hospitalier Unité de soins longue durée	5	6,09	259	4,43	
Public territorial	17	20,73	987	16,90	55
• dont accueil de jour	1		12		
Public autonome	4	4,87	468	117	117
TOTAL	**79**		**5 850**		
• dont 701 lits Alzheimer (12 %)					

EHPAD PAR SECTEUR VIENNE															
Territoires	Privé à but lucratif	Lits	%	Privé à but non lucratif	Lits	%	Hospitalier	Lits	%	Territorial	Lits	%	Public autonome	Lits	%
Nord	5	330	29 %	4	273	24 %	4	401	35,23 %	3	134	12 %	0	0	0
Poitiers Centre	11	903	32 %	11	752	27 %	3	291	10 %	10	665	24 %	2	208	7 %
Sud	10	788	42 %	7	448	24 %	2	175	9,50 %	4	188	10 %	2	260	14 %
TOTAL	**26**	**2021**	**34,74 %**	**22**	**1473**	**25,32 %**	**9**	**867**	**14,90 %**	**17**	**987**	**16,97 %**	**4**	**468**	**8,4 %**

TERRITOIRES	TOTAL LITS PAR SECTEUR	
Nord	1 138	13,50 %
Poitiers Centre	2 836	43,50 %
Sud	1 876	32,50 %
TOTAL	**5 850**	

DES CONDITIONS DE TRAVAIL DÉGRADÉES !!!

Les EHPAD sont au cœur du débat public. Une mission parlementaire a été mise en place, le constat est sans appel : aujourd'hui l'état abandonne ses anciens et ses soignants, ce n'est pas acceptable.

Les métiers sont avant tout basés sur l'humain et non sur une logique comptable, ce qui implique un changement d'orientation.

Les personnes âgées aspirent à une prise en charge digne, de qualité, de sécurité, ce qui aujourd'hui, est difficile en raison du manque criant de personnel dans les structures.

Les arrêts maladie du secteur sont nombreux, le burn-out, les démission croissent tant les personnels sont à "bout de souffle". Le turn-over devient chronique et aucun traitement de fond n'y est apporté. Ce sont les résidents qui sont directement impactés.

(image)

Les directions demandent d'être dans un soin productif et non dans un soin qualitatif. Or le soin ne peut être réduit à une marchandise. Le Plan Solidarité Grand Âge (PSGA) prévoyait pour 2006 un salarié pour un résident, tous métiers confondus à l'horizon 2012. Nous sommes loin de cet objectif, actuellement le ratio d'encadrement moyen est de 6.60, ce qui a pour conséquence l'aggravation des conditions de travail déjà bien difficiles et place la France parmi les plus mauvais élèves des pays européens. Il est à noter de fortes disparités des taux d'encadrement notamment selon le statut établissements.

Les salariés des EHPAD ont des métiers difficiles et pénibles qui génèrent des pathologies souvent invalidantes, demandent des formations et des qualifications qui à ce jour ne sont pas reconnues.
La difficulté de recrutement de personnels formés en est la première conséquence, la juste reconnaissance des qualifications passe par la revalorisation des salaires pour rétablir la juste valeur des métiers.
Il n'est pas admissible que le reste à charge des résidents et/ ou leur famille augmente sans que les conditions d'accueil en soient améliorées et les rémunérations augmentées.
L'absentéisme non remplacé et le manque chronique de personnel impliquent que s'instaure un mécanisme de glissement de tâches dangereux tant pour les personnels que pour les résidents.
La situation de souffrance des soignants est en forte progression engendrant des facteurs de risques psychosociaux. Les soignants perdent progressivement l'espoir que leur condition de travail ainsi que la prise en charge des usagers s'améliorent. Cela se constate à travers des témoignages de résidents, de familles et de soignants. Les conditions de vie de nos aînés se dégradent et peuvent traduire une violence institutionnelle.
On constate que la prise en charge est centrée sur le soin au détriment de l'accompagnement humain et de qualité relationnelle avec les résidents.
L'accompagnement de la fin de vie n'est pas à la hauteur de l'éthique professionnelle et personnelle des soignants et engendre de ce fait des conflits de valeurs.

Mais comment faire autrement, toujours plus et mieux avec moins de moyen.
Cette évolution accentue la pénibilité mentale de métiers pesants, avec des manques de moyen lors d'un décès d'un résident. La proportion croissante de résidents atteints de troubles cognitifs, psychiatriques, d'un handicap ou d'une addiction n'est pas toujours prise en considération dans la formation des personnels ou l'organisation de l'établissement.
La pénibilité physique du métier s'est également accrue, en raison du degré de dépendance de plus en plus important des personnes accueillies, les gestes de soins effectués par les personnels, comme aider une personne à se lever ou porter seul une personne de son lit à son fauteuil demandent des efforts physiques plus nombreux.

Aux sous-effectifs unanimement reconnus, s'ajoutent la suppression des emplois aidés, la baisse des dotations et le mécanisme de convergence (entre les tarifs dépendance et soins) ; autant de facteurs susceptibles de réduire le nombre de personnels au détriment de la qualité du service et du bien-être des résidents .
Les personnels témoignent de leur vécu au quotidien : "15 minutes par résident, on lève la personne, direction la salle de bain, toilette, habillage, petit déjeuner, médicaments administrés souvent par l'aide-soignante quand il n'y a pas d'infirmière, on refait le lit…".
Des résidents aussi témoignent "une douche tous les 15 jours, au lit toute la journée le week-end et au lit à 17 heures en semaine…".
Cette méthode qui peut s'apparenter à de la maltraitance institutionnelle peut coûter 2300 à 2700 euros par mois, à la charge du résident et de sa famille sur le tarif hébergement (les tarifs d'hébergement sont au-dessus de la solvabilité des populations concernées : 75 % des personnes hébergées disposent d'un revenue inférieur au coût de leur séjour).

FINANCEMENT - PARLONS - EN !!!

Qu'ils soient en EHPAD publics ou privés, tous sont financés en majeure partie par la Sécurité Sociale (prise en charge des soins) et par les Conseils Départementaux (prise en charge de la dépendance et d'une partie de l'hébergement).

Avec les restrictions budgétaires décidées par le gouvernement, la Sécurité Sociale verrait ses dépenses amputées de 5 milliards et les collectivités territoriales de 3 milliards. Or, sans augmentation de l'enveloppe budgétaire de chaque EHPAD, comment atteindre :

- **L'objectif de mieux reconnaître le métier d'aide-soignante et de valoriser leur statut ?**
- **L'objectif de doter les EHPAD de personnel infirmier exerçant la nuit ?**
- **L'objectif d'augmenter les ratios : 1 personnel pour 1 résident ?**
- **Comment doter l'établissement d'un médecin coordinateur ?**

Il faut corriger la tarification CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) conclus pour 5 ans qui, à priori, offre une souplesse de gestion, ne sont pas garants d'une amélioration des conditions d'accueil et de vie des résidents.
Ce mode de financement, obligatoire depuis le 1er janvier 2017, s'inscrit :

- **Pour le tarif soins**, dans la poursuite des lois Bachelot et Touraine, restructurant les EHPAD publics et privés. L'objectif National des Dépenses de l'assurance Maladie (ONDAM) progressant de 2,3 % en 2018 est insuffisant, de surcroît, il fait la part belle au secteur libéral (augmentation de 2,4 %) en délaissant le secteur public (2 % d'augmentation) est-ce cela la justice sociale ?

- **Pour le tarif hébergement**, c'est l'absence de prise en compte du problème de solvabilité des résidents des tarifs prohibitifs se situant entre 2000 et 5000 euros en fonction des formules et des localisations.

A noter :

Que la tarification à l'hébergement qui intègre les amortissements n'est pas résolue alors que dans de nombreux domaines, les équipements collectifs (écoles-collèges-lycées-terrains de sport…) sont à la charge des collectivités locales et non usagers.

- **Pour le tarif de dépendance**, les départements sont en grandes difficultés pour le financement de l'APA (Allocation Perte d'Autonomie) car alors même que les dépenses augmentent rapidement, la prise en charge par l'Etat n'a cessé de diminuer. Avec la nouvelle tarification des EHPAD, certains établissements vont subir la chute de la partie dépendance de 20 à 30 % soit une perte globale évaluée à environ 200 millions d'euros. Ce financement intervient pour 30 % sur l'emploi des aides-soignantes(es) et des auxiliaires médico-psychologiques.

La CGT revendique :

- **La suppression de la taxe sur les salaires, acquittée par les EHPAD, elle les prive de 4 milliards de ressources qui permettraient d'embaucher 80 000 salariés dans les hôpitaux et EHPAD,**
- **L'abrogation du décret du 21 décembre 2016 (décret relatif aux principes de tarification, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers en EHPAD).**
- **L'amélioration des conditions de travail et de la prise en charge des résidents,**
- **La création de postes en nombre suffisant et en référence au plan Solidarité Grand Âge (PSGA),**
- **La création d'un poste de mède**
- **cin coordinateur,**
- **Un plan :**

  - de formation et de qualification des salarié-es,

  - un plan important de développement de la formation initiale,
- **L'augmentation immédiate des rémunérations,**
- **L'amélioration des droits conventionnels, des droits statuts et des conditions d'exercice du droit syndical,**
- **Le retrait de la réforme de la tarification…**

SILVER ECONOMIE : CHICHE !!!

La France compte 15 millions de personnes de plus de 60 ans, elles seront 20 millions en 2030 et près de 40 millions en 2060. Cette situation stimule l'économie des seniors appelée SILVER ECONOMIE.

Incontestablement, les besoins d'accompagnement des personnes âgées vont croître dans les années à venir, le désir de rester au domicile étant largement dominant.

87 % des français qui ont des parents âgés leur apportent une aide régulière.

Si la moyenne de durée de vie en bonne santé se maintient, on estime à 2,3 millions le nombre de français qui connaîtront une situation de dépendance en 2060 (1,2 million de français sont actuellement bénéficiaires de l'Allocation Personnalisé d'Autonomie). L'entrée en maison de retraite est de plus en plus tardive (autour de 85 ans) mais les handicaps sont de plus en plus lourds. Dans le même temps, l'absence de service public de proximité prend de plus en plus d'importance notamment en milieu rural.
De fait, le vieillissement de la population crée de nouveaux besoins et engendre au marché sont consommées par les seniors. Cette économie du "gris" appelée SILVER ECONOMIE offre-t-elle un réel service à la personne ou est-elle une manne pour les financiers ?

La SILVER économie est un concept économique dédié à l'avancée en âge de nos sociétés dans un but lucratif avec une croissance attendue très importante au niveau du PIB français…
Un protocole d'accord pour la mis en oeuvre de cette nouvelle économie du vieillissement a été signé en 2012 entre la Ministre du redressement productif, la Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie et le Vice-président du Comité de la filière : "Avec ce contrat, les conditions d'émergence d'un marché de technologies, de services et de produits autour de l'autonomie et des jeunes âgés sont confortées". Effectivement les jeunes seniors constituent une population nouvelle dont les comportements, les envies, les besoins et le rôle social sont encore trop peu pris en compte. La génération des baby-boomers (née entre 1945 et la fin des années 1960) est la première à accompagner ses parents dans le grand âge et la perte

d’autonomie. Elle a la volonté d’anticiper son vieillissement et de ne pas se laisser surprendre. Les études faites par la Direction de l’Animation de la Recherche, des Études et des statistiques (DARES) estiment que la SILVER ÉCONOMIE peut entraîner 350 000 création d’emplois et une croissance de 0,25 % du PIB par an (130 millions d’euros) dans le secteur de l’aide à domicile d’ici 2020.

Les secteurs concernés recouvrent, entre autre, les structures pour personne âgées, les services à la personne, l’aide à domicile, l’habitat, les communications, le transport, la sécurité, les loisirs, l’hygiène, les voyages, les mutuelles, les instituts de prévoyance et les assureurs…
La SILVER ECONOMIE au service de la personne âgée, l’enjeu est crucial ; il s’agit de permettre et d’encourager les innovations qui vont nous accompagner dans notre avancée en âge et faire reculer la perte d’autonomie!!!
On ne peut aborder ce sujet sans faire le lien avec la question du Pouvoir d’Achat et des mesures défavorables aux retraités (gel des pensions, création de l’impôts CASA, suppression de l’abattement de la ½ part pour les veufs et veuves, hausse de 1,7 % de la CSG…), le temps de vie à la retraite se passe mal quand les moyens financiers sont insuffisants. On ne peut voir les retraités sous l’angle d’un “coût” car ils sont “un atout” pour la société.

Un rapport du 24/04/2013 met en relation besoins et offres pour promouvoir le développement de cette filière industrielle et la mise sur le marché des produits et services qui s'y rapportent. La préoccupation de rentabilité pour les entreprises se conjugue avec les besoins générés par le vieillissement.
Plusieurs pistes de financement sont évoquées : prise en charge solidaire partielle ou seulement des plus démunis, recours à l'APA, aux mutuelles, au prêt hypothécaire, contribution défiscalisée des familles etc…
La mise en œuvre de cette nouvelle économie industrielle ciblerait d'abord les seniors les plus aisés, seule clientèle solvable qui permettrait de développer la filière sans solliciter les aides publiques.

Un second rapport de décembre 2013 axe uniquement la réflexion sur les questions économiques, il s'agit d'une étude de marché avec l'objectif de faire investir aux retraités "leur bas de laine" (pour celles et ceux qui en ont un) pour le plus grand bien de l'économie libérale, le capital doit circuler pour s'accumuler.

L'occasion est belle de rendre les retraités plus dépensiers et orienter leur épargne, liquidités vers des placements plus "risqués ou encore vendre leur maison en viager (aménagé) pour s'équiper à leurs frais et doper la nouvelle filière. Car comme la vente de voyages et de loisirs , la vente d'assistance s'adressera à une clientèle qui peut payer.
Source d'emplois, projets innovants, amélioration de la qualité de vie des personnes, la SILVER ÉCONOMIE pourrait s'avérer positive si les services attendus ne sont pas réservés au plus aisés seulement.

Le financement est donc la grande question de cette SILVER ÉCONOMIE dévolue aux personnes fragilisées. Elle rappelle que le reste à charge des familles est de l'ordre de 10 milliards (dont 8 en établissements). Elle pose la question : qu'est on prêt à mettre en matière de financement pour répondre aux besoins de nos aînés, pour un secteur qui est aussi créateur de véritables emplois formés, qualifiés non délocalisables.
Ce système économique a pour but de mettre en œuvre un concept de bouquets de services afin de faciliter la vie des seniors, tout en captant leur épargne au profit du capital.
La SILVER ÉCONOMIE est comparée à une filière industrielle d'avenir pour la France, les personnes en perte d'autonomie à des objets et le personnel à une véritable variable d'ajustement pour, à la fin, faire un maximum de profits.

La CGT propose :

- **Des droits identiques à compensation d'un déficit fonctionnel pour permettre l'accès à la vie sociale quel que soit l'âge de la personne, son handicap, sa situation sociale ou géographique,**
- **La création d'un grand service public de l'aide à l'autonomie en établissement comme à domicile avec du personnel formé, qualifié, correctement rémunéré et en nombre suffisants permettant une offre globale et une coordination des acteurs intervenants dans le domaine médical et médico-social,**
- **Le financement de la perte d'autonomie par la Sécurité Sociale.**

(image)

GLOSSAIRE ⇓

USLD	**Unité de Soins de Longue Durée**
EHPAD	**Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgée**
CASA	**Contribution Additionnelle Solidarité Autonomie de 0,30 % depuis le 01/04/2013 par les retraités soumis à l'IR au-delà de 69 €**
IR	**Impôt sur le Revenu**
FSV	**Fonds de Solidarité Vieillesse**
EHPA	**Établissement d'Hébergement de Personnes Âgées**
RSA	**Revenu de Solidarité Active**
APA	**Allocation Personnalisée à l'autonomie**
CNSA	**Caisse Nationale de Solidarité Autonomie**
CD	**Conseil Départemental**
ASH	**Aide Sociale à l'hébergement**
SSIAD	**Service de Soins Infirmiers à Domicile**
CGSP	**Commissariat Général à la Stratégie et à la Perspective**
PA	**Pouvoir d'Achat**
AN	**Assemblé National**
CAF	**Caisse d'Allocations Familiales**
APL	**Aide Personnalisée au Logement**
AF	**Allocations Familiales**
AM	**Assurance Maladie**
SS	**Sécurité Sociale**
AS	**Aide-Soignant**
IDE	**Infirmière Diplômée d'Etat**
INSEE	**Institut National de la Statistique et des Etudes Economique**
DREES	**Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques**
SP	**Service Public**
CLIC	**Comité Local d'information et de Coordination**
ONDAM	**Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie**
PLFSS	**Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale**
CSG	**Contribution Sociale Généralisée**
GIR	**Groupes Iso Ressources**