



**UNION DEPARTEMENTALE DE LA VIENNE  
UNION SYNDICALE DES RETRAITES  
DE LA VIENNE**

21 bis rue Arsène Orillard 86000 POITIERS  
Tél : 05.49.60.37.70 – mail : usr-cgt86laposte.net

**LE TRAIT D'UNION**

*Bulletin de l'USR - 86*

*Avril 2014*



**Vieillesse et Société  
Contribution de la CGT  
de la Vienne**

**REFLECHIR**

**DEBATTRE**

**PROPOSER**

**AGIR**

*« Le droit du sol est l'absurdité qui consiste à dire qu'un cheval est une vache parce qu'il est né dans une étable »*

*Charles Louis de Secondat dit Montesquieu*

# Plan du Document

Préambule

Petit état des lieux de la Vienne

Modes d'hébergement

Aidants

Perte d'Autonomie

Retraite et PA

Enquête CGT 86

Propositions CGT

*Droit à une retraite décente*

*Droit à une véritable santé*

*Droit au logement*

*Droit aux services publics*

*Droit et accès aux transports pour toutes et tous*

Glossaire – annexes

A Noter : les sigles suivis d'un *astérisque (\*)* ont leurs descriptifs dans le glossaire de fin de document





# Vieillesse et Société Contribution de l'USR/CGT 86

## PREAMBULE

La CGT souhaite apporter sans prétention et sans réponses exhaustives sa réflexion, ses propositions au débat instauré par le gouvernement : « **Projet de Loi Adaptation de la Société au Vieillesse** » sur les questions abordant différentes situations des personnes âgées. « *La vieillesse n'est pas un état, il s'agit de l'altération de la santé puisqu'il y a amoindrissement des capacités physiques, psychologiques ou physiologiques. De ce fait, pour la CGT la prise en charge des situations des personnes âgées vieillissantes, ou handicapées en perte d'autonomie doit relever de l'assurance maladie* »

## TROIS VOLETS CIBLES

1. **Anticipation et prévention** (*programme de prévention et aides techniques*).
2. **Adaptation de la localité au vieillissement** (*logement, urbanisme, transports, culture, services de proximité, maison de santé...*).
3. **Accompagnement de la perte d'autonomie** (*maintien à domicile, qualification des métiers de l'aide à l'autonomie, soutien aux aidants...*) renforcement de l'aide à domicile avec une augmentation des heures au regard des besoins des personnes âgées, allègement du reste à charge, prévoir aide pour les aidants.  
Diversifier l'accueil des personnes âgées en développant le logement intermédiaire.  
Revoir la tarification des personnes âgées en établissement, afin de réduire le reste à charge.

## LE PROJET SE DECOMPOSE EN DEUX PARTIES

- Une partie sur le maintien à domicile qui sera voté en 2014, pour application en 2015.
- Une deuxième étape sur l'accompagnement en établissement, plus tard !!!

Nous partageons cette ambition : « *changer le regard sur le vieillissement, faire de la longévité un progrès pour toutes et tous individuellement, collectivement* ».

Par contre nous sommes insatisfaits sur les moyens de financement, Madame la Ministre, Déléguée aux personnes âgées, ayant annoncé que, dans le cadre de la concertation, **toutes les propositions pourront être prises en compte « à condition qu'elles tiennent dans le cadre de la CASA\* »**. Cela semble peu pour un tel programme d'autant que les dispositions budgétaires 2014 prévoient de détourner cette taxe (600 millions d'€ de collectés en 2013) afin de redresser le déficit du FSV\* dont la vocation est de financer entre autre le minimum vieillesse et de prendre en charge les contributions sociales des chômeurs.

**A NOTER** : La partie sur le maintien à domicile a donné lieu à un avis positif du CESE (*Conseil Economique Social et Environnemental*) le 26 mars 2014, qui a tenu à souligner la faiblesse du financement.

## POPULATION

AUJOURD'HUI		EN 2060	
60 ans et plus	15 millions	60 ans et plus	24 millions
75 ans et plus	5,7 millions	75 ans et plus	12 millions
85 ans et plus	1,4 million	85 ans et plus	4,8 millions

*La répercussion de la longévité fait apparaître que les plus de 60 ans progressent de 9 millions d'ici 2060 et les plus de 85 ans seront multipliés par 4.*



Si la question de la longévité est abordée comme une opportunité par quelques-uns, elle fait l'objet d'une intense offensive idéologique pour d'autres avec des objectifs précis notamment :

- ➔ Lier l'allongement de la durée de vie et l'allongement du temps de travail.
- ➔ Réformer la Sécurité Sociale et introduire une part grandissante d'assurances privées dans la couverture des risques, notamment pour le risque dépendance.
- ➔ Déconnecter le niveau des retraites du salaire d'activité et subordonner leur montant et son évolution aux aléas financiers des caisses.

En clair, imposer une conception de la prévention plus proche de l'injonction du bien vieillir pour ne pas coûter trop cher à la collectivité, que d'une conception large et progressiste.

## PETIT ETAT DES LIEUX DE LA VIENNE

### IL EST RECENSE

(source INSEE)

428 447 habitants  
704 414 ha de superficie  
57 habitants au km<sup>2</sup>  
3 arrondissements  
38 cantons  
281 communes  
23 % de la population ont plus de 60 ans

**ON DENOMBRE** : (chiffres 2006 référence : décimale n°294 septembre 2009 INSEE)

96 000 personnes âgées de 60 à 80 ans et plus, une projection fait apparaître que cette population passerait en 2020 à 135 000 personnes (soit plus 40 %).

Le nombre de 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. Dans l'espace urbain de Châtellerauld on comptabilise : 25 000 personnes de plus de 60 ans (soit 26 %) et 44 160 dans l'aire urbaine de Poitiers (soit 46 %).

### STRUCTURES (données issues du plan gérontologique 2010 – 2014)

- 1958 places autorisées toutes capacités confondues (HEPAD – EHPA et UDSL\*) sur la période 2003-2008.
- 437 places réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (110 places d'hébergements temporaires et 90 en accueil de jour).
- 1 123 personnes accueillies en établissements.
- 3 547 personnes aidées au titre de l'APA\* en établissements (moyenne d'âge de ces bénéficiaires 86 ans).
- En 2008 : 4 379 personnes dépendantes à domicile étaient aidées par le CG\* de la Vienne (96 au titre de l'allocation compensatrice et 4 283 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\*.



- ➔ La pension mensuelle moyenne d'un homme est de 1 200 €.
- ➔ La pension mensuelle moyenne d'une femme est de 900 €.  
(A noter le seuil de pauvreté est évalué à 940 € par mois).
- ➔ La moyenne mensuelle de l'APA\* en établissement, dans la Vienne, est de 289 € (345 € au plan national), 8 670 personnes bénéficient de ce droit à l'APA en 2012.
- ➔ Un résident en établissement paie en moyenne 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.

Cette situation de réponse géographique s'appuie sur le commentaire du schéma gérontologique 2010-2014. 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 :

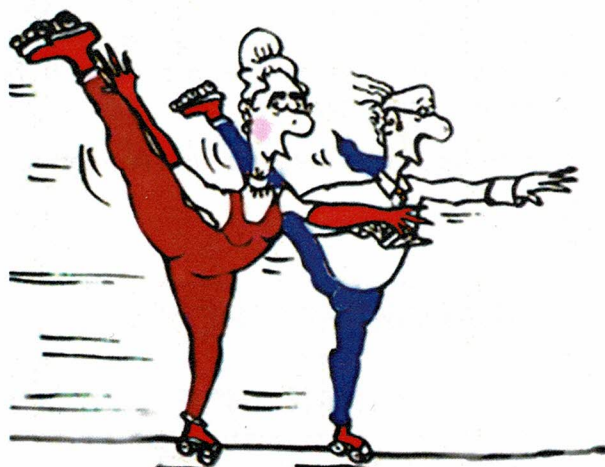
- de 419 000 habitants en 2006
- à 454 000 habitants en 2020
- soit une progression de 8 %.

Entre 2008 et 2020 la population de l'aire urbaine de Poitiers devrait croître de 16,5 % et celle de Châtelleraut de 5 %, en revanche les zones rurales du département devraient voir leur population diminuée de 5 % pour la zone nord et de 8,6 % pour la zone 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.

#### NOTONS :

- Que le secteur du Loudunais a vu sa population baissée 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 Châtelleraut a perdu 2 500 habitants.
- Que la ville de Poitiers perd 1 millier d'habitants (recensement INSEE décembre 2012).
- Que l'axe Poitiers - Châtelleraut concentre 42 % de population handicapée.





## MODES D'HEBERGEMENT - SITUATION DES AIDANTS - PERTE D'AUTONOMIE - RETRAITE ET PA

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'HEBERGEMENT

En 2012, 16 % des personnes âgées souffraient d'isolement. En 2013 nous sommes passés à 23%, pour autant, à une enquête de la DREES\* la majorité des personnes âgées (60 %) répondent vouloir demeurer à leur domicile, 73 % déclarent intégrer un établissement suite à l'âge et à l'état de santé, souvent un choix contraint.

#### PERSONNES AGEES VIVANT CHEZ ELLES (source INSEE Poitou-Charentes en 2012)

	60 ans et plus	75 ans et plus
Logement 5 pièces :	43 %	35 %
Logement 1 ou 2 pièces :	07 %	11 %
Propriétaire :	84 %	73 %

Lors de sa prise de fonction, la Ministre Déléguée aux Personnes Agées 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.

**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 ?

**BUDGET RESTREINT  
=  
MALTRAITANCE**





Or si la CNSA\* bénéficie d'un taux de croissance de plus de 3 % de l'ONDAM\*(pris sur le 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 (il était de plus 4,6 %). Cela aura une nouvelle fois pour conséquences de ne pas permettre de couvrir totalement les charges des dits services et établissements.

La CASA\*, qui n'est autre que la journée de solidarité versée par les salariés et que la CGT a toujours dénoncée, progresse très légèrement, (elle rapportera 643,6 millions en 2013).

Que ce soit le non versement de la CASA\* ou le transfert de la CSG\* le résultat est le même, le budget de la CNSA\* est amputé de 600 millions d'€. En 2012 la même opération avait été opérée.

**C'est en tout 1 milliard d'€ 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'utilisation 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'€ de dotation versée aux collectivités locales. (Entre 2010 et 2012 le secteur a déjà perdu 11 000 emplois).

## **LE SERVICE A DOMICILE – AIDE A LA PERSONNE**

(où le temps de l'intervenant est chronométré au plus juste).

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 : 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 doublés en 15 ans, particulièrement depuis le début des années 2000. Ce sont près de 2 millions d'emploi au plan national.

**Il s'agit là en grande majorité d'emploi presque exclusivement féminin maintenu dans une image peu valorisée, ce secteur est touché par la précarité, la pauvreté, 1/3 des salariés vivent en dessous du seuil de pauvreté**

Ces salariés, dont 80% sont des employés de 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 et entraînera 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** pointe ce 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 nombre de structures sont en grandes difficultés économiques et que dans son ensemble il est en stagnation voire en diminution. Or les services d'aides 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 Général, 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 de leur financement avec comme incidence une limitation de l'efficacité des champs d'intervention.

## **L'ETAT S'EST DESENGAGE DU FINANCEMENT DE L'APA**

**Sa participation est passée de 50 % en 2002 à 30 %**

**70 % restant à la charge des CG\*.**

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

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 CG 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 de l'AM\* des SSIAD\* qui interviennent auprès des personnes nécessitant des soins de long terme mais vivant à domicile.

**L'APA est le plus important financement  
Elle est versée à 72 % par le CG et 28 % par la CNSA\***



Or si la CNSA\* bénéficie d'un taux de croissance de plus de 3 % de l'ONDAM\*(pris sur le 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 (il était de plus 4,6 %). Cela aura une nouvelle fois pour conséquences de ne pas permettre de couvrir totalement les charges des dits services et établissements.

La CASA\*, qui n'est autre que la journée de solidarité versée par les salariés et que la CGT a toujours dénoncée, progresse très légèrement, (elle rapportera 643,6 millions en 2013).

Que ce soit le non versement de la CASA\* ou le transfert de la CSG\* le résultat est le même, le budget de la CNSA\* est amputé de 600 millions d'€. En 2012 la même opération avait été opérée.

**C'est en tout 1 milliard d'€ 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'utilisation 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'€ de dotation versée aux collectivités locales. (Entre 2010 et 2012 le secteur a déjà perdu 11 000 emplois).

## **LE SERVICE A DOMICILE – AIDE A LA PERSONNE**

(où le temps de l'intervenant est chronométré au plus juste).

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 : 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 doublés en 15 ans, particulièrement depuis le début des années 2000. Ce sont près de 2 millions d'emploi au plan national.

**Il s'agit là en grande majorité d'emploi presque exclusivement féminin maintenu dans une image peu valorisée, ce secteur est touché par la précarité, la pauvreté, 1/3 des salariés vivent en dessous du seuil de pauvreté**

Ces salariés, dont 80% sont des employés de 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 et entraînera 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.



## 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 crucial, 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, conduit 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 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 services publics de proximité, elle demande également à l'état 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 Sociale.***

- ➔ 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.

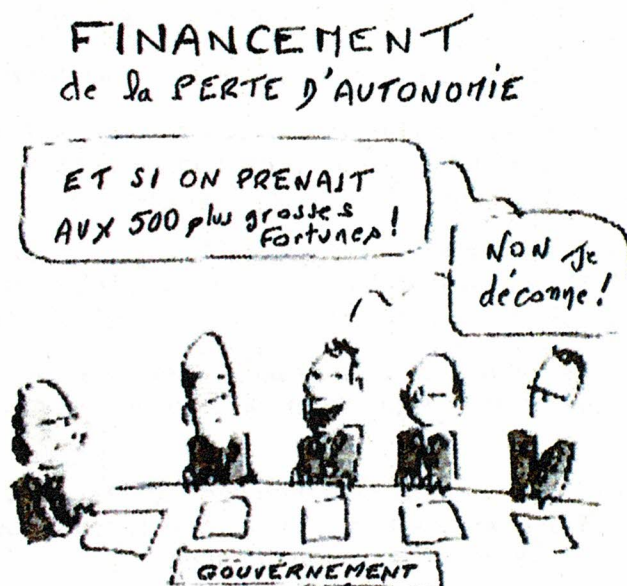
**Qu'est-ce que la perte d'autonomie : Il y a perte d'autonomie ou handicap lorsque du fait de la limitation des capacités motrices, mentale, psychique ou sensorielle une personne rencontre des obstacles dans sa vie quotidienne qui compromettent son autonomie.**



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 d'avantage* ».

La situation des personnes en perte d'autonomie et leur accompagnement appellent des mesures fortes et rapides en terme 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 80 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 sont 5,6 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 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 ans à 88 ans pour les Femmes.

En 2030 selon les projections de l'INSEE\* le nombre de personnes dépendantes devrait s'accroître avec l'arrivée du grand âge de la génération baby-boom.



## REFORME DES RETRAITES ET POUVOIR D'ACHAT

**Pour la CGT** : il est impossible de faire l'impasse sur les incidences de la réforme des retraites et le lien avec le PA\* qui influe sur la situation matérielle et sociale des personnes âgées.

Le récent vote de l'AN\* sur la réforme des retraites (*texte rejeté par le sénat*) va faire très mal aux travailleurs qu'ils soient en activité, au chômage ou en retraite.



Les générations actuellement au travail, dont la majeure partie n'a pas trouvé d'emploi avant 25 ans en moyenne, ne pourront à terme rapproché, que partir **tardivement à la retraite**.

**A 62 ans dès 2013 et jusqu'à 67 ans au plus tard en 2040**, 7 ans de retraite auront été ainsi supprimés aux salariés successivement par les différents gouvernements Chirac - Sarkozy - Hollande.

Ces 7 années représentent les meilleures de la retraite parce que la santé se détériore nettement après 70 ans et qu'une récente étude indique que l'espérance de vie en bonne santé se réduit en ce moment, y compris avant 65 ans.

**Dans ce cadre, la jeunesse d'aujourd'hui aura la double peine, celle du chômage endémique jusqu'à l'âge de 25-30 ans et celle du chômage qui frappe durement les fins de carrière entre 55 et 67 ans.**

**Avec cette loi les retraités actuels et futurs s'interrogent :**

- du devenir de leurs pensions, avec cette volonté gouvernementale de désindexer les retraites,
- du recul des réévaluations d'avril à octobre, par rapport aux indices des prix,
- de la remise en cause des avantages familiaux,
- du gel du barème de l'impôt sur le revenu et des cotisations supplémentaires, que ces derniers devront payer ?

**Une campagne dégradante, honteuse se perpétue sur la situation des retraités :**

- Il s'agirait de profiteurs, alors que des millions d'entre eux vivent avec moins de 700€ par mois.
- Les retraités seraient des paresseux, alors qu'ils ont travaillé 40 ans et plus.
- Les retraités seraient insensibles aux difficultés des plus jeunes, c'est un fait les jeunes vivent plus mal que leurs parents, les retraités en savent quelque chose ! N'est-ce pas eux qui se privent pour venir en aide à leurs enfants, petits-enfants ?
- Les retraités seraient responsables du trou de la Sécu, alors qu'ils souhaitent vivre plus longtemps en bonne santé et qu'ils ont gagné de haute lutte l'allongement de la durée de vie et conquis la Sécurité Sociale.



- Les retraités seraient des privilégiés, parce que certains partent en vacances, vont au spectacle, se cultivent, pratiquent des activités sportives ? Des privilégiés ceux qui ont peiné toute leur vie et ont laissé parfois au travail une partie de leur santé ?

Le CGSP\* a élaboré un rapport démontrant que les retraités auraient un PA\* permettant de développer un nouveau modèle d'économie !!! Cette étude ne s'appuie pas sur la réalité du vécu quotidien des retraités, elle tend à montrer du doigt que les séniors sont des privilégiés.

### De qui se moque-t-on ?

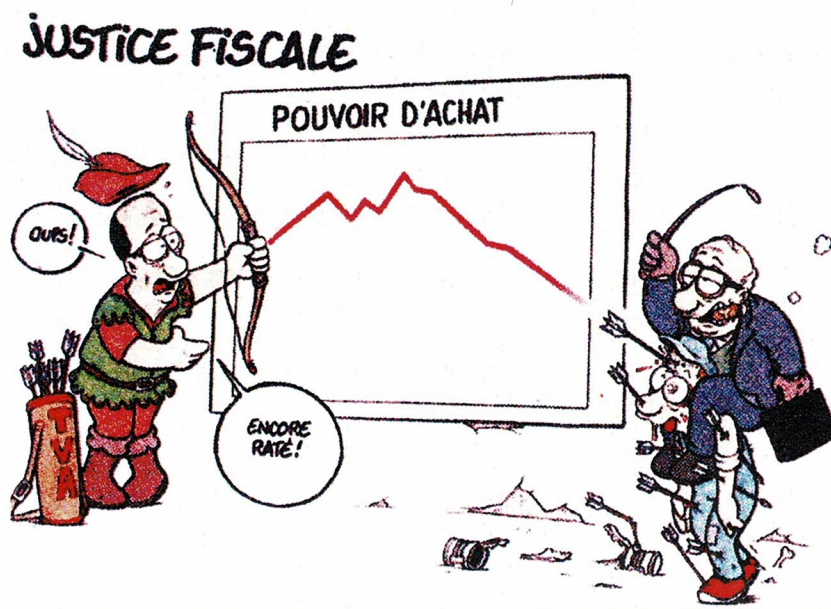
La situation des retraités n'a rien à voir avec les vrais privilégiés comme les retraités du CAC 40 qui partent avec des parachutes dorés, des fortunes, qui planquent leur fric dans les paradis fiscaux en toute tranquillité et qui bénéficient de la part des gouvernements successifs de cadeaux fiscaux, d'exonérations de cotisations sociales et d'autres avantages en tout genre.

Depuis la réforme Balladur de 1993 le Pouvoir d'Achat des retraités n'a cessé de décliner. Les pensions ont quitté l'indexation sur les salaires pour être indexées sur l'inflation. A cela il faut rajouter que le calcul de la pension (*pour le privé*) n'est plus sur les 10 meilleures années mais sur les 25 meilleures années.

Ces mesures ont entraîné une perte de 20 % du Pouvoir d'Achat, car en plus de ces mesures, il régresse en masse annuelle depuis que l'augmentation des pensions se fait au premier avril et non au premier janvier, et pour 2014 au premier octobre.

### Quels constats de ces mesures ?

- Le taux de pauvreté des retraités ne cesse d'augmenter (*17% vivent avec moins de 700 € par mois*).
- En 6 ans le nombre de retraités devant travailler tout en percevant une pension a triplé.
- Selon les statistiques réalisées par la Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse, 25 % des Hommes et 50 % des femmes vivent avec un minimum contributif (*620,89 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2012*) cela représente 4,2 millions de retraités.
- 5 millions de retraités perçoivent entre 800 et 1 100€ par mois.
- Enfin des menaces pèsent sur la remise en cause de l'abattement fiscal de 10 % qui va amplifier les difficultés car venant s'ajouter au gel du barème de l'impôt et à la suppression de la 1/2 part fiscale concernant les veuves, veufs, séparés, divorcés... Les effets induits de ces mesures entraînant la fin de l'exonération de la redevance TV, de la taxe d'habitation... sans parler de la nouvelle situation pouvant modifier la base d'impôt de prêt de 40 %.



## Aujourd'hui où en sommes-nous ?



La réforme Fillon de 2010 a augmenté la durée d'activité, entraînant de ce fait une diminution du nombre de départ en retraite :

- moins 15 % en 2011
- moins 4 % en 2012

L'âge de départ, quant à lui, s'accroît :

- il était de 62 ans et 2 mois en 2012
- il est actuellement à 62 ans et 8 mois.

La pension moyenne au régime général (*hors complémentaire AGIRC ou ARCCO*) est :

- de 725 € pour les hommes
- de 573 € pour les femmes

En moyenne les régimes complémentaires versent aux cadres et assimilés (AGIRC) du secteur privé, respectivement 20 à 40 % de leur retraite totale, les non cadres perçoivent de l'ARRCO 40 % de leurs retraites.

**Les négociations (Patronat et syndicats) 2013 se sont traduites par un accord (signé par : MEDEF - CFDT - FO - CFTC) qui impose une nouvelle baisse du Pouvoir d'Achat des retraites, à savoir :**

- ARRCO la valeur du point de la pension a été réévaluée de 0,8%,
- AGIRC la valeur du point a été réévaluée de 0,5%.
- Soit sur l'année une augmentation de 1,17 % de la valeur de la retraite complémentaire (inflation 1,75 égale une perte de 0,58 % à laquelle, pour certain, il faut soustraire les 0,30 % de Contribution Additionnelle de Solidarité Autonomie CASA soit une perte réelle de 0,88 %).

**Pour 2014, c'est le gel de la valeur du point de l'AGIRC et de l'ARRCO qui va accentuer de ce fait la perte du Pouvoir d'Achat.**

**La réforme des retraites, votée par le Gouvernement Hollande, va aggraver cette situation.**

### QUELQUES CHIFFRES

1,8 million de foyers  
nouvellement imposable en 2013

60 milliards d'€  
niveau annuel de l'évasion fiscale

7 milliards d'€ : coût de la hausse  
de la TVA au 01/01/2014 pour les ménages

200 milliards d'€ : exonérations  
fiscale et sociale aux entreprises



## ENQUETE CGT 86

Au début du 2<sup>o</sup> trimestre 2013, l'Union Syndicale des Retraités CGT de la Vienne a « *lancé* » une enquête auprès de ses adhérents concernant les modes de vie et l'expression des besoins des retraités dans la Vienne.

Sur une centaine de réponses, on relève :

- ➔ 65 % d'Hommes - 34 % de Femmes
- ➔ 13 % dans la tranche d'âge 50/60ans
- ➔ 56 % dans celle des 60/70 ans
- ➔ 25 % dans celle des 70/80 ans
- ➔ 2 % plus de 80 ans
- ➔ 9 % célibataires
- ➔ 65 % mariés
- ➔ 4 % en couple
- ➔ 11 % divorcés (es) veuves - veufs

### TRANSPORT

- ▶ 93 % utilisent la voiture, 15 % le train, 13 % le bus, 20 % la bicyclette, 38 % la marche à pieds.
- ▶ Les transports en commun : 2 % tous les jours, 15 % plusieurs fois par mois, 61 % jamais, 6 % parfois, (*de nombreuses communes n'ont pas ces services*). Ils sont néanmoins : pratiques pour 36 %, confortables pour 13 %, sécurisés pour 6 %, nombreux pour 4 %, onéreux pour 18 %.
- Satisfaits des horaires pour 15 %, non satisfaits pour 22 %. Ils sont utilisés pour les loisirs : 15 %, pour se rendre dans un commerce pour 11 %, 15 % pour autres déplacements.
- ▶ Changements d'habitude face à l'augmentation du prix des carburants : OUI 50 % - NON 27 %.
- ▶ Limite vos déplacements : OUI 47 % - NON 22 %.
- ▶ Prix des transports : raisonnables 18 %, trop chers 56%, insupportables 9 %.
- ▶ Lignes, horaires adaptés à vos besoins : OUI 15 % - NON 22 %.

**Les remarques** : Mise en place de transports publics communs étendus à toutes les communes, ne plus fermer les gares, des navettes plus fréquentes, adaptés aux handicapés, baisse des tarifs, ligne Poitiers/Châtellerauld, un service public des transports, des lignes TER supplémentaires.

## LOGEMENT

- ▶ 84% sont propriétaires, 15 % locataires, 79 % habitent une maison, 15 % un appartement.
- ▶ Le loyer est raisonnable pour 9 %, trop cher pour 4 %, *(il y a sans doute de jeunes retraités qui n'ont pas fini de rembourser leurs crédits, voire des couples aux parcours atypiques, divorces, décès).*
- ▶ Le nombre moyen de résidants est de 1,65 par logement.
- ▶ Ces logements sont de type T2 pour 2 %, T3 pour 11 %, T4 pour 54 %, T5 pour 15 %, plus pour 2 %, ils sont trop petits pour 4 %, satisfaisants pour 77 %.
- ▶ 70 % sont logés comme ils le souhaitent - 6 % NON.
- ▶ 4 % sont en attente d'un logement - 59 % NON.
- ▶ Adapté à vos conditions de vie : OUI 11 % - NON 29 %.
- ▶ Difficultés paiements factures chauffage et entretien ? OUI 31 % - NON 54 %.
- ▶ Limite consommation pour raisons financières : OUI pour 59 % - NON pour 18 %.
- ▶ Aides CAF\*, APL\*, AL\* : OUI 6 % - NON 81 %.

## COMMERCE

- ▶ Dans la commune : boulangerie pour 90 %, bar/tabac 88 %, coiffure 90 %, pharmacie 86 %, fleuriste 70 %, boucherie 72 %, charcuterie 65 %, restaurant 86 %, bricolage 59 % *(de nombreuses réponses concernent les grandes agglomérations : Poitiers - Châtelleraut - Buxerolles).*
- ▶ Structures alimentaires pour 79 %, NON pour 6 %, dont 54 % de petites, 40 % de moyennes, 40 % de grandes.
- ▶ Commerces suffisants : OUI pour 59 % - NON pour 20 %.
- ▶ Obligation TC\* pour commerces : OUI 6 % - NON 79 %.
- ▶ Moyens : voiture pour une large majorité, à la marge vélo et marche à pieds.
- ▶ Accompagné pour achats : OUI 4 % - NON 93 %.
- ▶ Commerce de proximité moins dépensé : OUI 56 % - NON 22 %.
- ▶ Pouvoir d'achat - choix magasin : OUI 77 % - NON 13 %.

**Les remarques :** Penser d'avantage aux personnes âgées, des petits commerces comme autrefois, plus conviviaux, commerces de fruits et légumes animés par des producteurs locaux, à 80 ans avec 80 % d'apport personnel on ne peut obtenir un crédit ou remboursement sur 5 ans, trop cher, recherche de produits sains, budget de plus en plus serré, des commerces itinérants.



## SANTE

- ▶ Dans votre commune : médecin 52 %, dentiste 43 %, kiné 45 %, infirmière 50 %, labo/analyses 36 %.
- ▶ Hôpital le plus proche plus de 20 km : OUI 15 % - NON 72 %.
- ▶ Mutuelle complémentaire santé pour : 86 %.
- ▶ Dépassements honoraires médicaux (*peu de réponses*) : OUI 20 % - NON 22 %, ophtalmologiste 11 %, stomatologue 2 %, autres 6 %.
- ▶ Améliorer l'accès à des soins de qualité : OUI 50 % - NON 2 %.
- ▶ Indispensable maison de santé dans votre secteur : OUI 27 % - NON 18 %.

## PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

- ▶ S'assumer seul en EHPAD\* 11 %, aide à domicile 43 %.
- ▶ Dans votre commune : EHPAD\* 43 %, aide à domicile 40 %, famille d'accueil 6 %.
- ▶ Portage repas dans votre commune : OUI 50 %.
- ▶ CLIC\*: OUI 9 % - NON 61 %.
- ▶ Aidé ou serait aidé : enfants 38 %, voisins 2 %, amis 6%.
- ▶ Connaissance coût maison de retraite :  
Public : OUI 40 % - non 9 %, Privé : OUI 38 % - NON 9 %.
- ▶ Retraite suffisante pour assumer : OUI 13 % - NON 77 %.
- ▶ Avoir un EHPAD\* public dans sa commune : OUI 43 % - NON 2 %.

## SERVICES PUBLICS

- ▶ La Santé, les transports, l'énergie, la poste, l'éducation, les services publics :  
OUI 50 % - NON 4 %.
- ▶ Doivent-ils le rester : OUI 54 %.
- ▶ Etre améliorés : OUI 52 % - NON 4 %.
- ▶ Prix de l'eau : raisonnable 15 %, trop cher 31 %, insupportable 4 %.
- ▶ Doit redevenir un service public :  
OUI 40 % - NON 4 %.
- ▶ Ordures ménagères redevenir un SP\* :  
OUI 43 % - NON 6%.
- ▶ Même prix suivant lieu : OUI 54 %.
- ▶ Manque de SP\* dans votre secteur :  
OUI 25 % - NON 18 %.

C'EST POURTANT  
SIMPLE, NON ?



# PROPOSITIONS DE LA CGT

## DROIT A UNE RETRAITE DECENTE

La revendication du droit à un **travail décent** pour tous les salariés se prolonge, après la cessation d'activité, par le droit à une **retraite décente**.

Dans le cadre du système par répartition que défend la CGT, le droit à percevoir une pension de retraite est acquis par les cotisations proportionnelles à son salaire, payées par chaque salarié au cours de sa période d'activité, auxquelles s'ajoutent les périodes validées.

Le montant de la pension étant essentiellement fonction de la carrière et des salaires perçus au cours de la vie professionnelle, **il ne peut y avoir de retraite décente sans qu'il y ait eu travail décent**.

L'indexation des pensions doit se faire sur l'évolution du salaire moyen et non pas sur les prix. Le minimum de pension doit être revalorisé et correspondre au SMIC 1 700€ revendiqué par la CGT.

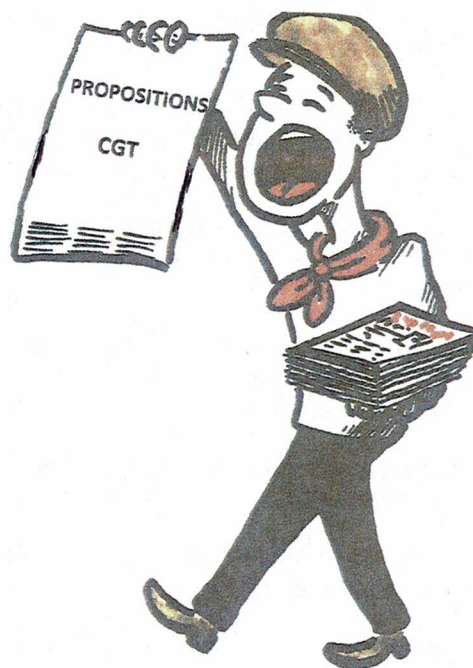
Le taux des pensions de réversion doit être porté à 75%, sans conditions d'âge et de ressources.

**La CGT est opposée** à toute augmentation de la CSG ainsi qu'à un alignement de la CSG des retraités(es) sur celle des actifs(ves). Elle demande la suppression de la taxe de 0,3 % (*la CASA*), ainsi que le rétablissement de la ½ part d'exonération d'impôt pour les veuves, veufs, divorcés(es), séparés(es).

### Les moyens pour y parvenir

Pour que le droit à la retraite des femmes ne soit pas affecté par des périodes d'interruption de travail ou de travail à temps partiel, il faut garantir à toutes le droit à l'emploi permanent, qualifié, et au déroulement de carrière. Cela exige la reconnaissance de la maternité comme fonction sociale et, par conséquent, le développement des services publics de la petite enfance et de l'enfance.

Le droit à une retraite décente passe enfin par la reconnaissance des retraités comme citoyens à part entière, par la valorisation de la solidarité intergénérationnelle et, évidemment, par des réponses adaptées aux besoins spécifiques des retraités





## **DROIT A UNE VERITABLE SANTE**

**La santé est un droit fondamental qui doit être garanti pour tous.**

### **La CGT propose**

- **Le droit à une protection sociale solidaire généralisée** et de haut niveau tout au long de la vie qui garantit un accès aux soins pour tous.
- **La Sécurité Sociale est au cœur de la protection sociale en France.** Son rôle doit être renforcé. Il est nécessaire d'engager une démarche de reconquête de notre protection sociale fondée sur les principes qui ont présidé à sa création (*solidarité – universalité – démocratie sociale*) tout en répondant aux nouveaux défis du XXIème siècle.
- **L'accès à la couverture complémentaire doit être garanti à tous.** Les rapports entre la Sécurité Sociale et les organismes complémentaires doivent améliorer la couverture sociale globale, et non justifier un transfert de la prise en charge.
- **Une prévention et un dépistage tout au long de la vie**, en particulier le suivi médical post-professionnel avec une reconnaissance et une prise en charge des maladies d'origine professionnelle.
- **La reconnaissance d'un droit à compensation de la perte d'autonomie tout au long de la vie**, organisée dans le cadre de la Sécurité Sociale et prenant la forme d'un droit universel dans le cadre de l'assurance maladie.
- **Des moyens pour le droit à mener une vie digne** quels que soient l'âge, le lieu de vie et le degré d'autonomie.
- **Des moyens adaptés et évolutifs pour faire face aux aléas de la vie** afin de pouvoir continuer à vivre chez soi.
- **Des structures sanitaires et sociales de qualité et de proximité** avec des établissements d'hébergement pour personnes âgées qui soient de véritables lieux de vie sociale où la prévention et les soins seront pris en compte. Ainsi que des structures résidentielles intermédiaires ou alternatives, constituées de petites unités intégrées dans les localités au sein de structures intergénérationnelles qui offrent une palette de services collectifs adaptés : médicaux, sociaux et autres.

### **Les moyens pour y parvenir**

- **Reconquérir la Sécurité Sociale pour avoir un système de santé performant avec une prestation universelle d'autonomie.**
- **Complémentaire santé, les retraités doivent sans discrimination pleinement continuer à bénéficier des contrats groupes de leur entreprise dans les mêmes conditions que les actifs.** Pour les autres, améliorer l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé en relevant les plafonds actuels.
- **C'est au travers d'un véritable service public de santé, financé par les cotisations sociales, que le droit à la santé pour toutes et tous sera assuré.** Il doit être piloté par des services départementaux, régionaux et nationaux relevant de la fonction publique avec les personnels sous statut. Il doit être organisé en réseau avec les centres hospitaliers publics.
- **Développer la prévention des risques sanitaires et le dépistage, dans le cadre d'un suivi médical systématique et gratuit pour tous et à tous les âges de la vie**, avec un bilan de santé lors du départ à la retraite et la remise du dossier médical détenu par la médecine du travail, ainsi que toutes les informations concernant le suivi post-professionnel. Un bilan spécifique effectué tous les deux ans permettant d'appréhender le processus du vieillissement.

- **Développer le suivi médical post-professionnel** avec, dans chaque département, dans chaque canton, des lieux d'accueil de bilan de santé en nombre suffisant et dotés des moyens nécessaires :
  - ▶ en amont, une véritable reconnaissance des facteurs de risques liés au travail, ainsi qu'un système d'information permettant leur traçabilité jusqu'à la retraite,
  - ▶ en aval, la prise en compte des risques encourus et la prise en charge des maladies liées au travail, le dépistage des maladies qui risquent de surgir en tenant compte des conséquences de l'activité professionnelle exercée.
- **Dès aujourd'hui, la coordination des différents acteurs du social, médico-social et médical est nécessaire et indispensable grâce à une structure qui aura les moyens et les personnels suffisants.**
- **La prise en charge des personnes en perte d'autonomie doit relever de la Sécurité Sociale et de la Solidarité Nationale.** Basées sur une approche globale de la personne humaine, les réponses de proximité et d'aide doivent tenir compte des situations de chacun, appréciées à partir d'une évaluation indépendante et pluridisciplinaire des besoins. Les moyens nécessaires doivent permettre à chacun de pouvoir continuer à vivre au domicile. Que soient harmonisés et rapprochés les dispositifs et structures permettant l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et ceux relatifs à la prise en compte du handicap.
- **L'aide à domicile doit relever d'un grand service public** qui réponde à la fois aux besoins des personnes aidées et aux revendications des salariés (*formation, professionnalisation, définition du contenu du travail, qualification, rémunération*).
- **Les établissements d'hébergement pour personnes âgées doivent être pourvus des moyens nécessaires et suffisants à leurs missions.** L'ensemble des établissements médicalisés dont les EHPAD\* doivent être de véritables lieux de vie sociale adaptés à la situation de chaque résident, ils doivent également être des lieux de soins intégrés dans une activité de réseaux.
- **Dans les conditions actuelles de financement des EHPAD\*, le « reste à charge » imposé au résident (et/ou à ses descendants) reste trop élevé et totalement inacceptable.** Ce reste à charge représente la variable d'ajustement financier du budget des EHPAD\*. Il est impératif que le ticket modérateur du tarif dépendance soit retiré. De même, le tarif hébergement acquitté par l'usager (et/ou ses descendants) doit correspondre à sa prise en charge hôtelière et de restauration. Le montant de ce tarif doit prendre en compte la notion du « reste à vivre » du résident et donc le niveau de ses ressources, la compensation doit être assurée par la Solidarité Nationale.
- **Une véritable démocratie participative doit pouvoir s'exercer dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.** Les organisations syndicales, les résidents et leurs familles doivent pouvoir pleinement participer à la vie des établissements. Leurs propositions doivent être prises en compte, en particulier lors de l'élaboration des budgets et des conventionnements.
- **Les établissements d'hébergement pour personnes âgées doivent prioritairement être de caractère public.** Quelle que soit la nature de l'établissement (*public ou associatif à but non lucratif*), il doit être accessible financièrement à tous les retraités quels que soient leurs niveaux de ressources.

**Aucune décision ne doit être prise touchant au budget et au fonctionnement des USLD\* qui entraînerait pour les résidents, faute de prise en charge alternative adaptée, une dégradation des soins. Ainsi ces unités doivent être pourvues de moyens et de personnels qualifiés en nombre suffisant.**



Dans chaque commune ou groupement de communes une (ou plusieurs) cellule(s) de veille médicale (*médecins – infirmières – aides-soignants – pharmaciens*) soi(en)t disponible(s) quels que soient le jour et l'heure sur simple appel de la personne concernée ou de quiconque constatant un état préoccupant de celle-ci.

Qu'un dispositif d'appel automatique, en cas de chute ou de malaise, soit proposé aux personnes âgées. Intégrer les prérogatives de la CNSA dans la Sécurité Sociale avec les moyens nécessaires et la journée de solidarité supprimée.

## **DROIT AU LOGEMENT**

### La CGT propose

- La garantie d'un logement pour tous est un élément majeur du « *vivre ensemble* », de l'intégration et de la cohésion sociale dans notre société.
- Cela suppose d'agir pour une nouvelle politique nationale d'aménagement du territoire en faveur d'une véritable mixité sociale.
- Cela implique :
  - ▶ Un habitat intergénérationnel.
  - ▶ Des logements adaptés à la perte de mobilité et aux différents rythmes de vie.
  - ▶ Des foyers logements qui soient de vrai « *domicile* » avec
    - une loi d'orientation définissant leur rôle,
    - situés au cœur de la cité et au cœur d'un réseau de transports, soins, loisirs, culture...

### Les moyens pour y parvenir

- Des aides nécessaires et suffisantes pour permettre l'adaptation des logements au fil du vieillissement.
- Un grand service public de l'habitat et du logement qui garantisse l'accès à tous et la qualité des services dans le cadre d'une politique de la ville favorisant le développement des quartiers par l'implantation de services publics.
- L'abrogation de la Loi Molle/Boutin qui va à l'encontre de ce que nous souhaitons.

### Pour La CGT :

*« Les programmes de construction de logements neufs ainsi que les programmes d'amélioration de l'habitat, financés par l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH), doivent intégrer l'obligation d'un quota de logements adaptés au handicap, à définir en lien avec les réalités locales. Cette obligation doit être encadrée par une charte de logements adaptés, mise en œuvre par les collectivités territoriales et définissant les différents critères de ces logements : logements accessibles, logements adaptés ou logements très adaptés ».*

- La construction de logements sociaux et l'application de la Loi SRU (obligation pour chaque commune de construire 20 % de logements sociaux).
- La construction de foyers logement correspondant aux besoins.

## **DROIT AUX SERVICES PUBLICS**

Les services publics doivent répondre aux besoins spécifiques des retraités et des personnes âgées, jouant pleinement leur rôle d'outils de solidarité, de citoyenneté et de cohésion sociale.

### **La CGT propose**

La qualité du service public repose sur trois fondements :

- **L'égalité d'accès et de traitement** quels que soient l'âge, le degré d'autonomie, l'état de santé.
- **La continuité** : fonctionnement permanent de tous les services publics dans la proximité sur l'ensemble du territoire.
- **L'adaptabilité** permettant d'ajuster le contenu du service public avec le progrès technique, l'évolution des besoins des usagers et l'évolution de leur état de santé.

Ainsi, pour répondre aux besoins des populations les diverses collectivités publiques doivent assurer :

- ▶ Des actions collectives capables de faire prévaloir l'intérêt général à long terme.
- ▶ La sécurité des biens et des personnes.
- ▶ Que le droit à la sécurité soit garanti à chaque citoyen par un service public de Police Nationale au plus près de la population.

### **Les moyens pour y parvenir**

- **Arrêter les privatisations** et reconstruire un réseau de services publics nationaux et de proximité.
- **L'Etat doit donner aux collectivités locales les moyens** pour développer leur activité en direction des retraités et personnes âgées.
- **Création d'un service public** englobant l'aide à domicile et les établissements d'hébergement.
- Mise en place de navettes pour faire le marché et les démarches et/ou un service de portage à domicile des achats nécessaires à la vie quotidienne (*alimentation, délivrance des médicaments, livres de bibliothèque...*).
- **Création d'un service de petit dépannage à domicile** relevant de la mairie et accessible (*pour assurer le remplacement d'une ampoule située en hauteur par exemple...*).
- **Diffusion par les collectivités territoriales des informations** périodiques relatives aux politiques locales concernant spécifiquement les personnes âgées.
- **Au sein de la Police Nationale, priorité doit être donnée à la police de proximité** dont la mission fondamentale est d'engager des missions de prévention et de protection, d'empêcher les infractions et/ou de les réprimer.

Pour répondre aux besoins des citoyens d'un droit à la sécurité en tous lieux, cette police de quartier doit remplir ce rôle en partenariat avec les acteurs de la société : Justice, Education Nationale, acteurs sociaux, transports, santé.



## DROIT ET ACCES AUX TRANSPORTS POUR TOUTES ET TOUS

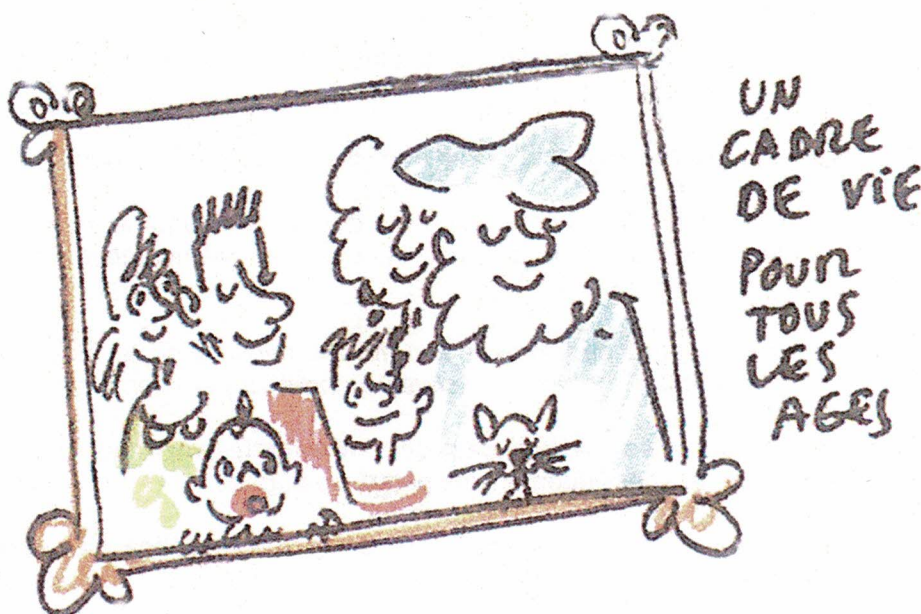
- Une **politique nationale de transports cohérente**, répondant aux besoins de la population.
- Des **transports urbains, interurbains et en milieu rural**, en nombre suffisant et répondant aux besoins de la population, y compris les retraités en matière de fréquence, d'horaires, de correspondances, de confort, d'accessibilité, de sécurité, de maillage et de proximité.
- Une **politique tarifaire** qui rende l'ensemble des transports accessibles à toutes et à tous.

**Une accessibilité facile à tous les transports collectifs pour les personnes qui présentent un handicap ou à mobilité réduite.**

**Mise en place de navettes** pour faire le marché et les démarches et/ou un service de portage à domicile des achats nécessaires à la vie quotidienne (*alimentation, délivrance de médicaments, livres de bibliothèque...*).

### Les moyens pour y parvenir :

- Travailler à l'élaboration de propositions nouvelles avec tous les acteurs des transports.
- Créer et participer localement à tout ce qui concerne le développement du service public de transport.
- Réinvestir la revendication du mécanisme de péréquation qui permet de maintenir l'égalité de transport pour tous.
- Permettre que tous les transports collectifs soient accessibles facilement aux personnes qui présentent un handicap.



## CONCLUSION

Vivre c'est vieillir et bien vieillir c'est tout simplement vivre, certes parfois avec des maladies, des handicaps et ce quel que soit l'âge. Compenser ces handicaps par des politiques adaptées permet de vieillir bien.

Or le bien vieillir impulsé par nombre de politiques publiques et d'actions sociales n'est autre qu'une injonction à ne pas coûter trop cher à la Société. Ainsi « *bien vieillir* » renvoie à bien gérer son « *capital santé* » et cela se décline dans tous les domaines : *capital osseux, musculaire, pulmonaire, cardiovasculaire, cérébral, visuel, auditif, articulaire etc...*

Bien vieillir devient un devoir, une contrainte, il faudrait accepter de vivre sous surveillance.

Le vieillissement de la population ne doit pas être perçu ou traduit comme une catastrophe sociale et économique. Construire un environnement répondant aux besoins de toutes et tous incluant au lieu d'exclure, un égal accès à des services publics de qualité et à une vie sociale riche, incluant un accès pour tous à la culture. C'est sur ce créneau que doit se développer la réflexion, les propositions et décisions permettant d'apporter des réponses de proximité.



Retraitée  
pas en retrait!!!



**GLOSSAIRE**

**ET**

**ANNEXES**

## GLOSSAIRE

USLD	➔	Unité de Soins de longue durée
EHPAD	➔	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
CASA	➔	Contribution Additionnelle Solidarité Autonomie de 0,3 % payée depuis le 01/04/2013 par les retraités soumis à l'IR au-delà de 69 €
IR	➔	Impôt sur le Revenu
FSV	➔	Fond de Solidarité Vieillesse
EHPA	➔	Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées
RSA	➔	Revenu de Solidarité Active
APA	➔	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
CNSA	➔	Caisse Nationale de Solidarité Autonome
CG	➔	Conseil Général
ASH	➔	Aide Sociale à l'Hébergement
SSIAD	➔	Service de Soins Infirmier à Domicile
CGSP	➔	Commissariat Général à la Stratégie et à la Perspective
PA	➔	Pouvoir d'Achat
AN	➔	Assemblée Nationale
CAF	➔	Caisse d'Allocations Familiales
APL	➔	Aide Personnalisée au Logement
AL	➔	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 Economiques
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



## ANNEXES

- ➔ **Qu'est-ce qu'un GIR ?**
- ➔ **Petit panorama des établissements d'accueil**
- ➔ **Situation des ADM dans la Vienne**
- ➔ **L'aide à domicile**
- ➔ **Attribution de l'aide à la complémentaire santé**
- ➔ **Financer les retraites c'est possible**
- ➔ **Carte d'implantation de lieux d'hébergements pour personnes âgées dans la Vienne**
- ➔ **Pour mieux vieillir demain (BD)**

# LES SIX NIVEAUX DU GIR

*(Groupe Iso Ressources)*

Déterminés à partir d'une grille d'évaluation AGGIR  
*(Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources)*

## GIR 1

Correspond aux personnes confinées au lit dont les fonctions mentales sont gravement altérées, nécessitant une présence indispensable.

## GIR 2

Regroupe les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer.

## GIR 3

Personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie motrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides.

## GIR 4

Correspond aux personnes n'assurant pas seules leur transfert mais qui une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. En revanche, elles s'alimentent seules pour la plupart. Ou celles n'ayant pas de problème moteur, mais devant être aidées pour les soins et pour les repas.

## GIR 5

Personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur du logement s'alimentant et s'habillant seules mais ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

## GIR 6

Personnes n'ayant pas perdu leurs autonomies pour les actes discriminants de la vie courante.



## PETIT PANORAMA DES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL DE PERSONNES AGEES DANS LA VIENNE – ANNEE 2013

**On enregistre 78 établissements et 5 531 lits répartis sur le département**

<b>26 établissements dans le secteur <i>privé lucratif</i></b>	<b>1 799 lits</b>	<b>(32,52 %)</b>
<i>dont un réservé à l'accueil exclusif des religieux (soit 33 %)</i>		
<b>23 établissements dans le secteur <i>privé non lucratif</i></b>	<b>1 415 lits</b>	<b>(25,58 %)</b>
<b>17 établissements dans le secteur <i>public territorial</i></b>	<b>1 005 lits</b>	<b>(18,17 %)</b>
<b>08 établissements dans le secteur <i>hospitalier public</i></b>	<b>839 lits</b>	<b>(15,16 %)</b>
<b>03 établissements autonomes</b>	<b>473 lits</b>	<b>(08,55 %)</b>

### Le prix de l'hébergement (*hors soins*)

#### Privé lucratif

Pour une personne seule varie de	55,07 €	à	114,78 €
Chambre double	55,72 €	à	81,78 €
Alzheimer	70,68 €		

#### Privé non lucratif

Pour une personne seule varie de	48,39 €	à	109,53 €
Chambre double	52,82 €	à	81,28 €
Adulte Handicapé	51,33 €	à	103,44 €

#### Public territorial

Pour une personne seule varie de	47,03 €	à	67,37 €
Chambre double	39,20 €	à	53,07 €
Régime particulier	51,33 €		

#### Hospitalier

Pour une personne seule varie de	53,87 €	à	62,36 €
----------------------------------	---------	---	---------

#### Autonome

Pour une personne seule varie de	47,34 €	à	56,89 €
----------------------------------	---------	---	---------

**Globalement on assiste à une forte présence du secteur privé lucratif (33 % des établissements et 32,52 % de lits) si on y rajoute le privé non lucratif et autonome cela représente : 3 687 lits (soit 66,66 %) et 52 établissements (soit 66,66 %).**

## SITUATION DES ADMR DANS LA VIENNE

### 46 associations dans la Vienne, réparties en 6 secteurs

46 entités juridiques avec des budgets par entité en fonction de l'effectif. Elles sont rattachées à la fédération de la Vienne.

- ➔ 1 500 salariés
- ➔ 1 300 membres de l'association (*Fédération Départementale 86*) dont 600 bénévoles actifs qui tiennent parfois des postes d'encadrement dans les associations – donneurs d'ordre
- ➔ 9 à 10 000 usagers
- ➔ Les salariés (*tous confondus*) effectuent 5 millions de km par an
- ➔ 50 % du personnel sont qualifié
- ➔ L'âge moyen du personnel est de :
  - plus de 50 ans 36 %
  - de 41 à 50 ans 34 %
  - de 31 à 40 ans 19 %
  - de 20 à 30 ans 11 %
- ➔ Certaines choses sont mutualisées
  - La formation (démarche identique selon la taille de l'association)
  - La Fédération forme les bénévoles en fonction de leur responsabilité (*trésorier, président...*)

### Principal financeur

- ➔ Le Conseil Général pour l'APA (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*). Les heures APA représentent 67 % de l'ensemble des prestations et correspondent aux cas de grande dépendance (~~GIR 4 à 6~~) (*GIR 1 à 4*).
- ➔ Pour les cas de moindre dépendance, les autres financeurs sont : la CAF - la CARSAT - la MSA (~~GIR 1 à 4~~) (*GIR 5 et 6*)
- ➔ 1 heure de prestations coûte 20,86 € au Conseil Général
- ➔ Le Conseil Général a passé une convention avec l'ADMR, selon la Loi de 2002 afin de fixer les tarifs.



# L'AIDE A DOMICILE

Le métier de travailleuse familiale est créé vers 1920, 1945 création de la Sécurité Sociale, 1949 officialisation de la profession qui, en 1974 sera complétée par deux textes relatifs à l'emploi et la formation. 1991 c'est le début de déstructuration du secteur associatif (*emplois familiaux, chèque emploi-service et toute une cohorte de déductions fiscales*). Juin 2001 l'APA (*Allocation Personnalisée à l'Autonomie*) est votée, dès 2001 la participation de l'état passe de 50 à 30 %, 70 % restant à la charge du Conseil Général.

## Définition

La travailleuse familiale assure à domicile des activités ménagères et familiales soit au foyer des mères de famille, soit auprès de personnes âgées, infirmes ou invalides. Elle doit être formée. Elle contribue à maintenir l'équilibre dans les familles. Elle est donc une réponse essentielle aux besoins, aux demandes multiples et diverses des familles, en particulier dans les zones désertées.

La réalité démographique, les faibles niveaux de retraites, en particulier pour les femmes seules, constituent la plateforme revendicative des ADMR. Personnes âgées, handicapées, famille en situation de difficultés sociales, ce secteur est porteur de développement et de création d'emploi.

Cependant les budgets de fonctionnement ne sont pas à la hauteur des besoins. Les salariés ne doivent pas subir cette situation. Il ne faut sans doute rien attendre de ce gouvernement qui doit engager une réforme sur la dépendance et son financement compte-tenu du contexte économique et sociale.

**Pour la CGT ce cahier revendicatif doit :**

- ▶ **Permettre aux salariés de travailler à temps complet.**
- ▶ **Une prise en charge de tous les frais réels par les employeurs, un remboursement des frais kilométriques au réel 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 heure afin de favoriser la bienveillance.**
- ▶ **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.**
- ▶ **Exiger un contrôle de l'argent public des subventions.**

## Conclusion

**Les graves menaces qui pèsent sur le financement de notre protection sociale nous invitent à la plus grande vigilance et à la mobilisation de toutes et tous.**

## ATTRIBUTION DE L'AIDE A LA COMPLEMENTAIRE SANTE

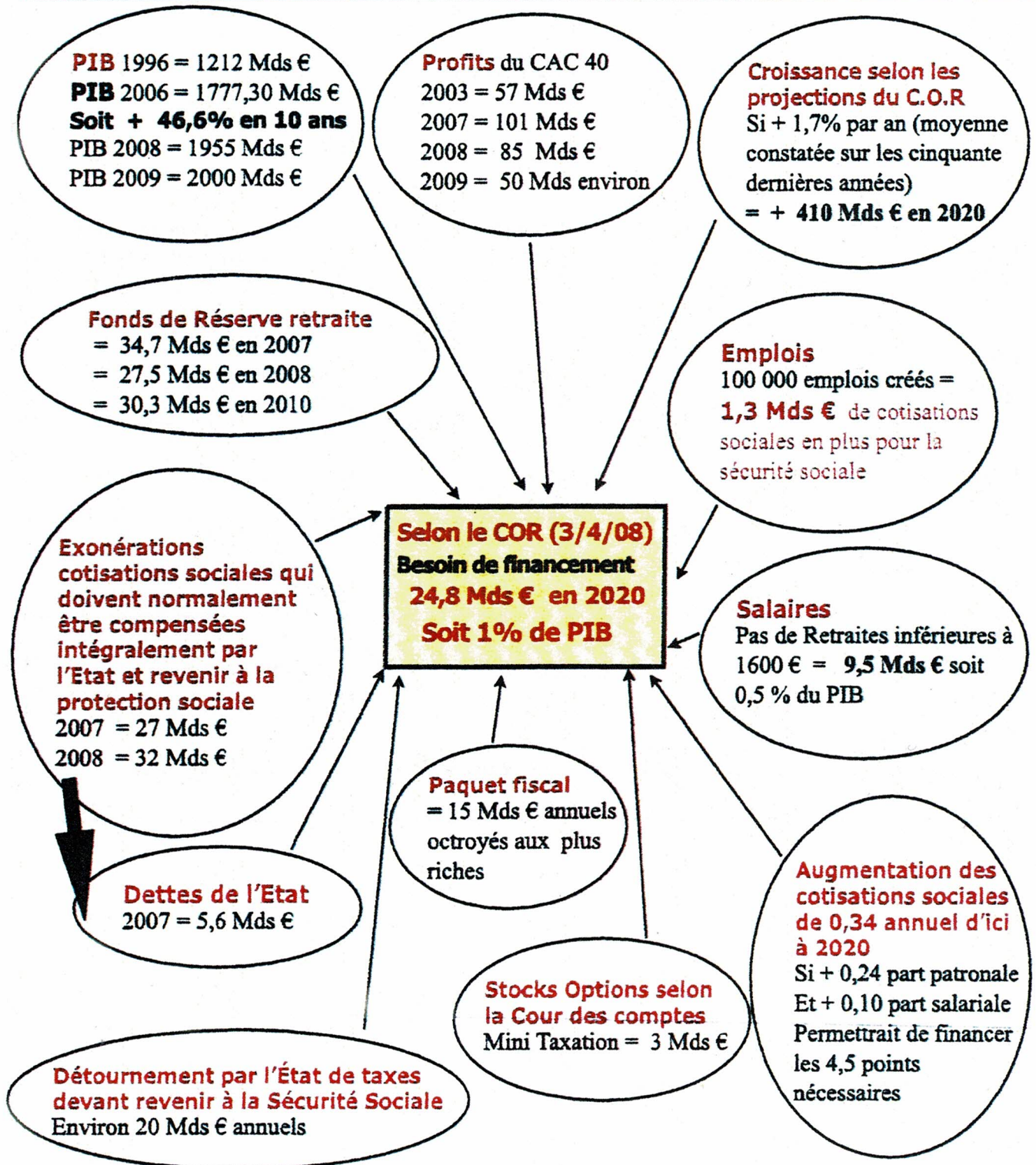
### PLAFOND DE RESSOURCES AU 1<sup>er</sup> JUILLET 2013

Nombre de personnes Composant le foyer	Plafond annuel en France métropolitaine	Plafond annuel dans les départements d'outre-mer
1 personne	11 600 euros	12 911 euros
2 personnes	17 401 euros	19 367 euros
3 personnes	20 881 euros	23 240 euros
4 personnes	24 361 euros	27 114 euros
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 4 640,196 euros	+ 5 164,539 euros



# Financer les retraites : c'est possible !

**RETRAITES** : Un financement possible en opérant une autre redistribution des richesses créées à l'entreprise, par le développement de l'emploi, une augmentation générale des salaires et des retraites, une taxation des revenus du capital, une augmentation des cotisations sociales patronales et salariales, etc. - **C.O.R** = Conseil d'Orientation des Retraites









# ET POUR MIEUX VIEILLIR DEMAIN ?...



ON EST QUAND  
MÊME HEUREUX ICI  
NON ?!

VIEILLIR TOUTE SEULE  
DANS MA MAISON,  
CE N'ÉTAIT PLUS POSSIBLE.

ET DIRE QUE LA MAISON  
S'APPELLE "UTOPIA"...

ON A CHACUN NOTRE STUDIO,  
ON GARDE NOTRE INDÉPENDANCE,  
NOS HABITUDES...

...CE QUI N'EMPÊCHE PAS  
LES ACTIVITÉS COLLECTIVES

OUI, COMME  
L'APÉRO !



HÉÉ ALLEZ-Y DOUCEM-  
-ENT AVEC L'APÉRITIF,  
NOUS ALLONS PASSER  
À TABLE.

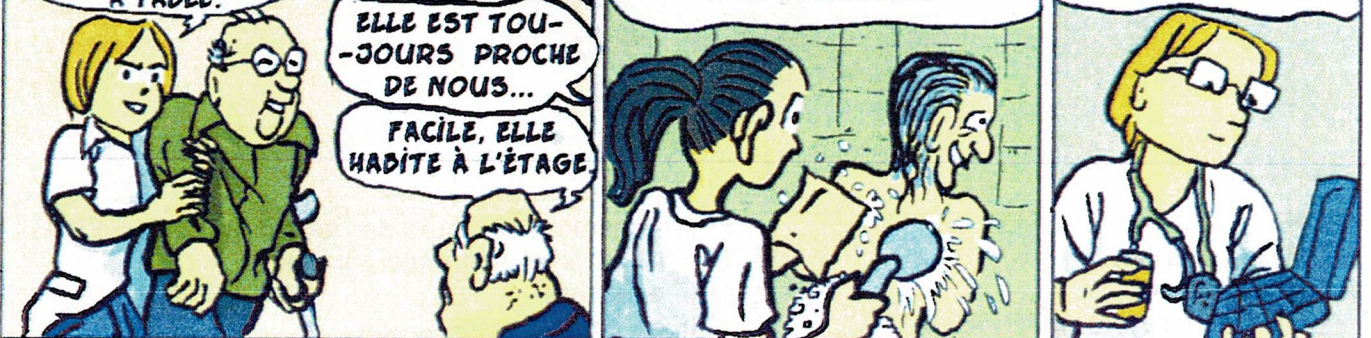
AH VOILÀ NOTRE  
AUXILIAIRE DE VIE.

ELLE EST TOU-  
-JOURS PROCHE  
DE NOUS...

FACILE, ELLE  
HABITE À L'ÉTAGE.

LE MATIN, Y'A LES SOI-  
-GNANTS POUR NOUS AIDER  
À LA TOILETTE...

L'INFIRMIÈRE NOUS  
PRÉPARE LES  
MÉDICAMENTS...







Y'A NOS FAMILLES ET NOS AMIS QUI VIENNENT RÉGULIÈREMENT,

ILS HABITENT JUSTE À CÔTÉ !



ON N'A PAS PERDU NOS REPERES ! D'ICI, JE VOIS LE CLOCHER DE MON ENFANCE ! MOI, JE FAIS MES COURSES JUSTE À CÔTÉ !

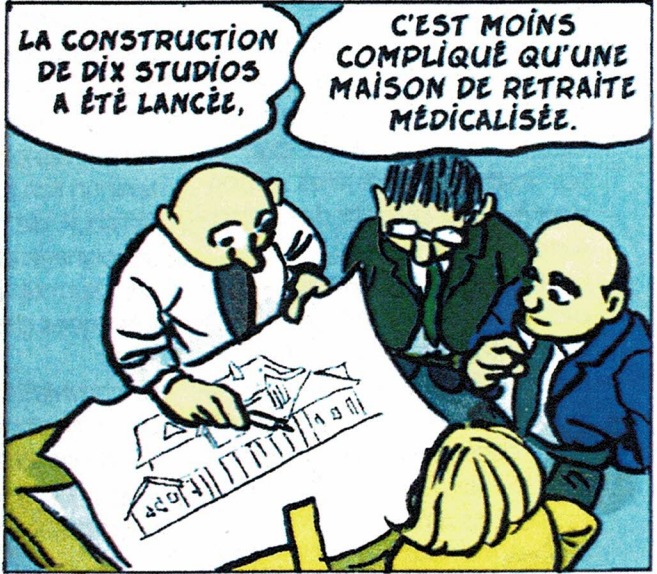


AU FAÏT, COMMENT C'EST VENU L'IDÉE DE CONSTRUIRE UNE UNITÉ DE VIE ?



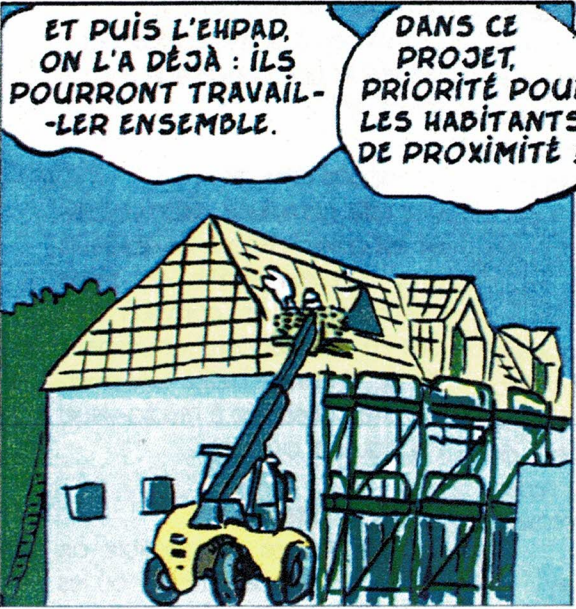
C'EST AU CODERPA. EN DISCUTANT DE L'ACCUEIL EN INSTITUTION, QU'EST VENUE L'IDÉE DE COMPLÉTER LES SOLUTIONS OFFERTES AUX PERSONNES ÂGÉES...

ENSUITE, IL A FALLU CONVAINCRE LES ÉLUS...



LA CONSTRUCTION DE DIX STUDIOS A ÉTÉ LANCÉE,

C'EST MOINS COMPLIQUÉ QU'UNE MAISON DE RETRAITE MÉDICALISÉE.



ET PUIS L'EHPAD, ON L'A DÉJÀ : ILS POURRONT TRAVAILLER ENSEMBLE.

DANS CE PROJET, PRIORITÉ POUR LES HABITANTS DE PROXIMITÉ !



TANT QU'ON A DES JAMBES ET LA MÉMOIRE, ON PEUT SE DÉBROUILLER !



BON, MOI JE VOUS LAISSE, JE DOIS RÉCUPÉRER MON PETIT-FILS À L'ÉCOLE !



# Projet de création d'une petite unité de vie

## Justificatif du projet

L'augmentation importante du nombre des personnes âgées dans les années à venir pose le problème d'un accueil différencié des personnes. En effet le vieillissement des personnes n'est pas égalitaire mais singulier.

Les études des populations gériatriques relèvent le vieillissement réussi ou " successful aging " des anglo-saxons, le vieillissement normal et la personne fragile, handicapée, malade.

Il paraît important à tous les acteurs de proposer à ces personnes un accompagnement individualisé et adapté à leur état.

Les institutions actuelles répondent mal à la diversité de ces personnes.

Il est admis et souhaitable que les personnes âgées ne soient pas contraintes de changer d'environnement familial et de repères locaux. Le maintien dans la ville voire dans le quartier répond à ces deux exigences : proche de la famille, des amis, des connaissances et maintien dans les repères historiques.

Par ailleurs, peu de personnes âgées voient d'un bon œil de passer le reste de leur vie dans un collectif de personnes âgées. Les soignants s'aperçoivent que les personnes accueillies en institution sont plus sereines, plus calmes, voire plus souriantes lorsqu'elles sont en petits groupes.

On s'aperçoit aussi que beaucoup de familles, dans la mesure où elles sont acceptées en institution s'impliquent dans l'aide à leur parent (repas, animation, parfois soins).

Ces constats appellent à imaginer des réponses différentes et à en

évaluer la faisabilité humaine et financière.

## Objectifs d'une petite unité de vie

### Le petit collectif et la proximité :

Les personnes accueillies sont en nombre restreint, dix paraît un chiffre correct pour permettre une bonne dynamique de groupe tout en n'étant pas noyé dans un anonymat entraînant un isolement réactionnel.

Les personnes accueillies le sont au plus proche de leur lieu de vie habituel ou le plus proche de leur famille. Les objectifs sont de maintenir un lien fort avec les référents familiaux, de maintenir le lien avec le voisinage et de garder les repères (surtout pour les personnes très âgées désorientées).

### La convivialité :

Les personnes accueillies sont accompagnées par les mêmes soignants. Peu de nouvelles têtes, permettent un meilleur relationnel.

### L'accompagnement personnalisé :

Découlant de cette même logique, les personnes et leurs habitudes de vie sont mieux connues du personnel. Le projet individuel est mieux connu et probablement mieux suivi.

### Les activités de la vie quotidienne :

Les contraintes du grand collectif n'existent pas dans un petit collectif. Ainsi, les activités ménagères, en particulier la confection du repas ou d'une partie du repas, peuvent être faites collectivement.

### Le mélange de la population :

Tous les habitants du quartier sont prioritaires, les familles sont invitées à passer et à participer au fonctionnement ainsi que le voisinage (bénévolat). Enfants, petits enfants, arrière petits enfants sont accueillis...

## Le fonctionnement

### Une unité de 10 studios :

Chaque personne est accueillie dans un studio et peut garder un minimum d'indépendance, c'est-à-dire avec la possibilité de rester dans son logement tout ou partie de la journée.

### Un appartement type F4 pour une animatrice maîtresse de maison et sa famille :

Cette personne a un diplôme d'auxiliaire de vie et a la charge de l'animation au quotidien (repas, jeux, sorties, accueil des familles) dans le cadre de ses heures de travail et assure une présence aidante en contrepartie de l'aide au logement (voir statut de la personne embauchée sur les appartements à service partagé).

Le maintien à domicile local pourrait établir une convention avec la structure.

### Un espace collectif :

Une salle commune, salon et cuisine est ouverte à tous les résidents ainsi qu'à leur famille. Les repas confectionnés en commun sont pris en collectif dans cet espace de vie. Une autre petite salle pourrait être consacrée à l'audio-visuel (musique et cinéma).

### Un accès extérieur :

Dans la mesure du possible on créera un espace extérieur où les



activités que l'ont fait chez soi peuvent être tentées (jardinage, lecture, déambulation, causeuse...).

## Le personnel

### Le matin :

Une personne et les soignants du domicile du plan d'aide (AS et auxiliaire de vie) ont la charge du lever, de la toilette, du petit déjeuner et de l'habillage dans le respect du rythme de chacun. Le ménage est fait avec les personnes quand cela est possible.

Avec la maîtresse de maison, elles aideront au ménage et au repas.

Une IDE partagée avec l'EHPAD passe le matin pour une évaluation clinique, la surveillance du traitement et les petits soins (dextro, insuline, pansement). Elle prépare les médicaments pour la journée dans un pilulier. Les médicaments sont donnés par l'AS ou laissés à la personne en capacité de le faire.

### Le repas du midi :

Est confectionné par les soignants et les résidents, les courses peuvent être faites par la maîtresse de maison ou un agent avec les résidents. Une supervision par un diététicien et le médecin coordonnateur est faite (mutualisation avec un EHPAD ou autre structure), un portage des repas peut-être fait, ou les familles peuvent être mises à contribution si elles sont intéressées. La personne peut manger seule ou avec sa famille dans son studio... Tous les cas de figures doivent être possibles. Le repas n'est pas compris dans le prix demandé aux résidents.

### L'après-midi :

Une personne (AS ou auxiliaire de vie) et les soignants du domicile du plan d'aide assurent la continuité de l'accompagnement. L'animation avec la maîtresse de

maison qui aura établi un planning en concertation avec ses collègues et l'IDEC (mutualisée avec un EHPAD ou autre structure). Animation en interne, à l'accueil de jour, ou en externe. Elles assurent le goûter puis la confection du repas du soir le cas échéant. Là aussi les familles sont conviées à participer. Bien sûr, les bénévoles sont accueillis. Les échanges avec les autres structures sont favorisés.

### Le repas du soir :

Est assuré par l'équipe d'après-midi, ainsi que la préparation au coucher.

### Le coucher :

Selon les habitudes de chacun il est assuré par le personnel de jour, la famille ou le personnel de nuit qui est mutualisé avec un EHPAD, ou une structure du domicile.

### La nuit :

Passage d'un personnel partagé avec l'EHPAD et présence de la maîtresse de maison en cas de besoin ponctuel.

### La gestion :

Le personnel administratif est mutualisé avec l'EHPAD ou autre. Ainsi que l'IDE, IDEC, le médecin coordonnateur.

## Les familles

Ont un rôle majeur dans la structure afin de garder ce lien familial qui se perd tout doucement mais inexorablement en EHPAD. Aux familles reste le rôle de cet accompagnement affectif essentiel à toutes et à tous.

## Le recrutement des résidents

Comme en EHPAD, il se fait sur

présentation d'un dossier administratif et d'un dossier médical qui est étudié par le médecin coordonnateur.

Une visite de pré-admission est organisée avec la famille.

L'admission est décidée par le directeur.

Le critère d'admission le plus important est celui de la proximité. Le deuxième est l'acceptation de la personne et l'implication de la famille dans le fonctionnement de la structure.

Les critères d'exclusion sont la grabatisation dès l'admission de la personne, sa dépendance à des soins importants telle une trachéotomie, un respirateur, une alimentation artificielle ou à un état psychiatrique aigu ou sans possibilité de stabilisation (une impossibilité à la vie collective) (Ces personnes relèvent d'un ULSD).

## La réponse à la continuité du soin

### Le service infirmier :

Est assuré par mutualisation par l'EHPAD le plus proche selon une convention passée avec cet établissement.

### Le service médical :

Est assuré par le médecin traitant. A défaut par le médecin coordonnateur.

A défaut par le centre 15.