



# Droit à la santé partout et pour tous Egalité, proximité, solidarité

## Bien vieillir aujourd'hui et demain : pour une société de tous les âges

Alors que le défi démographique, financier, sociétal nécessite d'autres choix, la loi s'inscrit dans ce contexte de rigueur budgétaire, d'une crise du financement et d'une casse de notre système de santé et de protection sociale.

Toutes les personnes âgées ne sont pas dépendantes, notre regard doit changer sur les structures.

Le droit à l'autonomie est un aléa de la vie qui doit être reconnu, ce ne sont pas les salariés et les personnes âgées qui doivent financer.



Ouvrir les Ehpad sur les quartiers afin de permettre aux personnes âgées de se maintenir dans leur logement tout en sortant de leur isolement

1 un tiers de la population sera retraité d'ici 2035, c'est un choc démographique qu'il faut « anticiper pour agir »

2 proposition cgt d'un schéma d'organisation d'un service public de l'autonomie à partir des CHU, des services de santé, des Ehpad, une coordination des services à domicile et des établissements, un maillage pluridisciplinaire des professionnels, tout cela sur la base d'un parcours global

3 la question du financement est primordiale. La santé et la perte d'autonomie doivent être prise en charge par la sécurité sociale. Ainsi que les conditions de travail des professionnels dans ce secteur



paroles recueillies lors des assises de la santé



## Bien vieillir aujourd'hui et demain : pour une société de tous les âges

### La prise en charge actuelle des personnes âgées est déjà insuffisante , qu'en sera-t-il demain si on ne fait rien !

Les établissements de soins, hôpitaux, EHPAD, Service de Soins Infirmiers à Domicile, les structures d'aide à domicile confrontés à des baisses de moyens humains et financiers, ne permettent plus de rendre un service de qualité aux bénéficiaires. Les salariés soumis aux règles de productivité, de rentabilité ont des conditions de travail désastreuses. La souffrance au travail est grandissante avec perte de sens de son travail, non reconnaissance de ces missions d'intérêt général.

Avec la sous-qualification, le sous-effectif, la précarisation, la qualité de la prise en charge est menacée. La maltraitance institutionnelle devient un fléau, mal vécue par les personnels, les usagers, les familles. En effet comment en 15 mn lever un résident, lui faire une toilette, l'habiller, lui faire prendre son petit-déjeuner, ses médicaments sans maltraitance.

La pénibilité au travail, les glissements de tâches s'intensifient, le nombre d'accidents du travail, les maladies professionnelles, les invalidités

sont en recrudescence.

La caractéristique actuelle en EHPAD est le sous encadrement du personnel, il est de 0,6 emploi par résident, la présence d'une infirmière est le plus souvent limitée à la journée, la nuit seules les aides-soignantes assurent la prise en charge des résidents - 1 ou 2 pour 80 résidents, ce n'est pas rare ! Les médecins gériatres coordinateurs non prescripteurs sont insuffisamment présents au sein de l'EHPAD, le plus souvent à mi ou tiers temps. Et les médecins de ville qui assurent le suivi des personnes âgées, avec une visite périodique, n'assurent pas une permanence des soins. La conséquence est le transfert trop fréquent des personnes vers les services d'urgence hospitaliers dont un grand nombre n'aurait pas lieu d'être si une consultation médicale pouvait être assurée dans un délai raisonnable et si des infirmières étaient présentes 24 H/24 H pour assurer la mise en œuvre des prescriptions.

Le glissement des tâches n'a pas de limite, en effet de plus en plus de personnes âgées

atteintes d'affections psychiques sont prises en charge à domicile. Les assistantes de vie sociale ne disposant pourtant pas des qualifications et matériels nécessaires pour cette prise en charge spécifique et dans les EHPAD cette prise en charge se fait avec des moyens limités tant sur le personnel que sur le nombre de places disponibles dans les Cantous (unité de vie spécialisée Alzheimer ou les Unités Protégées).

Malgré cette réalité, la dernière loi sur l'adaptation de la société au vieillissement n'a pas pris la mesure de l'accroissement des plus de 60 ans à venir et de l'augmentation de la dépendance. A domicile comme en Etablissements, la baisse durable des moyens pose la question des capacités d'absorption du choc démographique, des moyens humains, matériels, financiers à affecter à cette montée en charge du vieillissement et à la prise en charge de toutes pertes d'autonomie quel que soit l'âge.

## En Auvergne Rhône Alpes

Actuellement, 9% de la population régionale a 75 ans et plus, soit 726 000 personnes. Mais seulement 77 112 places en EHPAD, 14 078 dans les autres structures, 4 017 lits en Unité de Soins de Longue Durée et seulement une capacité de service de soins à domicile et de Service polyvalent de soins à domicile pour 13 007 bénéficiaires. Par ailleurs cette offre est inégalement répartie et l'organisation de secteur médico-social est très dispersée.

S'agissant du taux d'équipement, la région se caractérise par des inégalités territoriales, le 38 étant le moins doté, suivi du 26, 74 et Métropole de Lyon, par contre l'Ardèche est le département le plus doté suivis du nouveau Rhône, de la Hte Loire et du Cantal. Et également par l'équipement le plus important en accueil temporaire favorisant ainsi le maintien à domicile.

La région est confrontée à de fortes disparités démographiques entre l'ouest et l'est, le rural et l'urbain - dans le Cantal, l'Allier, l'Ardèche, la Haute Loire, les 65 ans et plus sont plus nombreux que les jeunes de moins de 20 ans, a contrario des Métropoles de Lyon et Grenoble et de la Hte Savoie, département transfrontalier.

En 2040, la part des + 60 ans sera de 31,7 % dans notre région alors que les jeunes ne représenteront que 22,3%.

L'APA est sous valorisée, la tarification est inégale, les écarts par départements peuvent aller jusqu'à 9 euros.

## En Auvergne Rhône Alpes : les orientations du plan régional de santé

1 - Développer des accompagnements à domicile qui intègrent la dimension des soins et du social.

2 - Développer plus encore la politique de soutien aux aidants en renforçant la compétence des aidants ( santé mentale – Alzheimer) avec des actions de formations thérapeutiques, aux difficultés de prises en charge des personnes âgées, par le biais du numérique en leur mettant à disposition l'offre de répit existante (portail). Là encore, individualisation et responsabilisation des individus, des familles.

Le plan mise sur des stratégies de prévention et à offrir des alternatives à la prise en charge en Etablissement par le développement de l'aide à domicile et les accueils temporaires, bien sûr dans un souci d'économies et de réponses collectives.

L'affirmation d'un effort sur la modernisation du bâti des EHPAD dans un souci de qualité est contrecarrée par un ciblage de projets structurants au regard des ressources territoriales et de la taille critique des établissements – cela ne va-t-il pas encore renforcer la sélection et l'inégalité territoriale ?

## Tous ensemble, revendiquons :

Les revendications des salariés ont un impact certain sur l'organisation de l'offre, la qualité du service, le niveau de financement nécessaire, elles conditionnent l'exigence du bien vivre, bien travailler, bien vieillir c'est pourquoi :

Le respect de la prise en charge des personnes âgées passe aujourd'hui par des recrutements en urgence de personnels qualifiés, aides soignants, agent de service qualifié, infirmiers, Auxiliaire de vie sociale dans l'aide à domicile.

Le ratio personnel actuel étant très en deçà de ce que la loi de 2005 prévoit, il faut donc déjà atteindre ce ratio et le faire progresser jusqu'à 1 emploi pour 1 résident, c'est possible en Allemagne il est de 1,2.

## Une autre gouvernance, un autre financement

Gouvernement et Patronat dramatisent la situation de notre pays, mettent en avant le contexte économique, justifient la recherche d'économies en baissant les dotations aux collectivités territoriales, en privilégiant les opérateurs privés sur la prise en charge à domicile et en EHPAD et tentent de justifier l'introduction des assurances privées dans le dispositif. Or ces besoins immédiats et à anticiper ne sont pas insurmontables.

Toutes les politiques publiques successives : loi Borloo, loi Hôpital Patients, Santé et Territoire (HPST), les Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), la loi Santé 2015, la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement s'inscrivent dans une seule et même logique marchande, de réductions des dépenses publiques, de gestion des coûts, d'économies d'échelle.

Le regroupement des Etablissements, Structures, la tarification à l'acte, la sous-tarification de l'APA, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens concourent à la dérégulation du secteur médico-social, menacent l'emploi et détériorent la qualité de la prise en charge.

La situation actuelle avec les conventions tripartites, mise en place de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pour les Etablissements comme pour les Structures d'Aide à domicile est complexe, source d'incompréhensions pour les personnes concernées et leurs familles et s'inscrivent dans une politique de rationalisation, d'économies.

L'intervention des multiples professionnels libéraux rémunérés à l'acte est peu efficiente et mal coordonnée.

L'APA sous valorisée est très inégale selon les territoires, un coût moyen en EHPAD c'est entre 2 000 – 3 500 euros et seulement 200 à 400 euros d'APA selon le GIR (Groupe iso-ressources). Le reste à charge des familles est désormais exorbitant ! Le coût de la perte d'autonomie pour les familles est de 30 % soit 10,4 milliards par an. Les dépenses liées à la perte d'autonomie représentent 34 milliards par an, les sommes affectées sont de l'ordre de 22 milliards. D'ici 2040 le besoin de financement sera de + 10 milliards par an.

Nous pouvons d'ores et déjà affirmer que nous allons être confrontés sur la région AURA à un manque criant de structures et des milliers de places risquent de manquer d'ici 2040.

### En Auvergne Rhône Alpes, les orientations du plan régional de santé

L'ARS n'entend pas faire une priorité du soutien à l'investissement des EHPAD.

Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé, d'accompagnement par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile.

La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire intégrant le sanitaire et le médico-social, facteur de décloisonnement territorial selon le plan est pointée comme indispensable pour faire face, dans le cadre contraint qui s'impose (entendons moyens financiers !) pour faire face à l'augmentation des besoins des personnes en perte d'autonomie... belle vision future de non réponse aux besoins sociaux !!!

La prévention qui s'impose est vue sous l'angle d'éviter le recours aux prises en charges lourdes en Etablissements spécialisés, plus coûteuses, cela suppose donc de renvoyer cela aux aidants en les appuyant... retour à la case départ, d'un siècle en arrière où à défaut de réponses collectives chacun devait se débrouiller.

# Pour une approche globale de la prise en charge collective de la perte d'autonomie – repenser une organisation en réseau avec un maillage territorial

La CGT propose de repenser l'hébergement en institution :

La première priorité doit être d'améliorer la médicalisation des Ehad en doublant les effectifs, des médecins salariés des Centres de Santé assureraient un suivi quotidien et la permanence des soins évitant ainsi les hospitalisations non justifiées.

Le maintien à domicile est possible en s'appuyant sur les innovations techniques et organisationnelles, en particulier la télémédecine et nous l'inscrivons comme un des éléments de la prise en charge globale.

Et cette politique doit s'articuler autour de trois priorités :

- Mettre en place les conditions organisationnelles et financières nécessaires pour permettre le maintien à domicile en utilisant tous les moyens techniques à disposition et un accueil dans des structures de soins adaptées dotées des moyens humains et de services adéquats – structures d'accueil de jour, accueil temporaire de jours, de semaine ou d'hébergements complets rattachés aux Hôpitaux et Ehad.

- D'autres formes d'hébergement sont à développer, à l'instar des Résidences Autonomies

ou des Maisons d'Accueil pour personnes âgées dépendantes mises en place par la MSA. L'Ehad doit être un lieu de vie ouvert on pourrait les renommer comme « Maisons d'Accueil Médicalisées ».

- Enfin, il faut densifier des structures médicalisées pour la prise en charge des cas les plus lourds quand le maintien à domicile n'est ni possible, ni souhaité, avec un haut niveau de médicalisations à l'instar des Unité de Soins de longue durée seules structures sanitaires publiques médicalisées. Il y a également urgence de développer des services de soins palliatifs en mettant tous les moyens nécessaires pour l'accompagnement des personnes mais aussi des familles, avec des équipes qui peuvent aussi intervenir en structure ou à domicile.

## **La CGT propose un schéma alternatif d'organisation Sanitaire Social et Médico-Social :**

Les professionnels qualifiés exécuteraient soit des missions de soins ou des missions d'accompagnement médico-social. Ils seraient intégrés à des équipes structurées et dédiées à ce travail, ces équipes auraient trois lieux de rattachement possible : Les Maisons

d'Accueil Médicalisées, le Centre de Santé, l'Etablissement PSY.

Les intervenants ne seraient plus des intervenants à l'acte mesuré par une tarification horaire.

Chaque équipe aurait un nombre déterminé de personnes à accompagner. Chaque intervenant à domicile suivrait plus particulièrement un nombre défini en fonction du niveau de perte d'autonomie de ces personnes, sur des séquences de demi-journées, temps variable d'une journée sur l'autre. La notion de binôme permettrait de pallier aux absences de toutes natures.

Des temps collectifs seront dédiés aux réunions d'équipes pluridisciplinaires, pour l'organisation du travail, l'évaluation des personnes accompagnées afin de faire évoluer leurs projets d'accompagnement et répondre à leurs parcours de santé et de vie. Des temps de rencontres avec les familles sortiraient salariés et aidants et aidés de l'isolement. C'est aussi une façon d'aborder la problématique de l'aide aux aidants.

### **Tous ensemble, revendiquons :**

La perte d'autonomie est essentiellement liée à des problèmes de santé et relève donc majoritairement d'une prise en charge par la Sécurité Sociale, en l'occurrence par l'Assurance Maladie.

Il est nécessaire de simplifier le dispositif, en ne désignant à terme qu'un payeur unique – la sécurité sociale et un intervenant unique – un service public de l'accompagnement de l'autonomie. Cela va nécessiter des réponses politiques et des choix de financement au service de l'intérêt général pour UN DROIT A L'AUTONOMIE.

Nous proposons le développement de services d'aide au maintien à domicile à statut public, pouvant être rattachés à un Hôpital, un EHPAD ou un Centre de Santé avec des équipes professionnelles pluridisciplinaires permettant un accompagnement de la personne dans sa globalité : le soin, l'accompagnement social, etc...

### **La première priorité doit être d'améliorer la médicalisation des EHPAD.**

Compte tenu des taux d'équipements et du pic de vieillissement en région AURA nous préconisons que la partie « Etablissements d'Accueil » retirée de la loi vieillissement soit réintégrée.

La CGT considère que l'équipement de la Région, de la France en nombre suffisant d'EHPAD relève de la responsabilité de l'Etat et devrait être financé sur ses ressources budgétaires dans le cadre de sa mission de cohésion sociale et d'aménageur du territoire. Il devrait en être de même pour les rénovations lourdes ce qui permettrait d'alléger les charges d'endettement des Etablissements.

Pour nous, la question n'est pas d'opposer les différents modes d'accueil, d'accompagnement mais bien de les mettre en cohérence, en réseau avec les passerelles nécessaires, dans une approche globale de réponses aux besoins de la personne, en maillant le territoire pour réduire les inégalités d'accès et améliorer la qualité de la prise en charge.

la prise en compte de la perte d'autonomie par la Sécurité Sociale et les politiques publiques, la création d'un grand service public d'Aide à l'autonomie et la construction d'établissements d'hébergement des personnes âgées et dépendantes (EPADH) financés par l'Etat pour mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie

**C'est un défi sociétal que de construire le SERVICE PUBLIC DE L'AUTONOMIE pour aborder de façon nouvelle cette société de tous les âges.**

## Quel financement pour la prise en charge et l'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie ? Quelles exigences pour des moyens à la hauteur des besoins ?

La réforme du financement qui s'est mise en place en 2017 a imposé de nouvelles contraintes budgétaires aux Etablissements, elle conduit à une baisse des ressources estimée à 200 millions d'euros dans un secteur qui manque cruellement de moyens.

Actuellement le financement est multiple, complexe et inégalitaire selon les départements :

- l'Assurance Maladie rembourse la partie soins,
- les Conseil Départementaux financent une APA sous-valorisée,
- la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail finance en partie l'aide et le maintien à domicile,
- les personnes âgées et leurs familles paient une part de l'accompagnement à domicile car les plans d'aides sont insuffisants et de l'hébergement en Etablissement ainsi que le ticket modérateur du tarif dépendance,
- la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la CAF peut intervenir pour l'aide au logement...

Beaucoup trop d'acteurs pour une prise en charge insuffisante, le reste à charge des familles devenant de plus en plus lourd.

### **Tous ensemble, revendiquons :**

L'ensemble du nouveau dispositif que nous proposons repose sur une intervention coordonnée de multiples acteurs, qui ne peut plus être financée par la rémunération à l'acte en ville, la tarification à l'activité dans les Etablissements, la tarification inégalitaire de l'APA.

La solution des forfaits adaptés au niveau de perte d'autonomie et attachés à la personne, quel que soit son lieu de vie, apparaît comme intéressante. En effet cette rupture entre la ville et les structures de soins ne doit plus exister. Elle aboutit trop souvent à un jeu de ping-pong où le perdant est toujours la personne en perte d'autonomie, notamment les personnes âgées.

Notre proposition est de poser le principe d'une prise en charge de l'ensemble des dispositifs (à domicile comme en établissements) par l'Assurance Maladie. D'un remboursement à 100 % pour l'ensemble des remboursements de services et de biens médicaux liés à la perte d'autonomie.

Se pose également la question de la régulation des prix d'hébergement. Il paraît nécessaire d'imposer un certain nombre de normes permettant une tarification nationale avec péréquation tarifaire par département des prix facturés aux résidents ( en particulier un tarif opposable conventionné).

Il convient de réfléchir l'articulation d'une aide à l'hébergement soit par une prestation de Sécurité Sociale ou d'une aide sociale sur critères de revenus (allocation logement...)

Un reste à vivre. minimal devrait être garanti à tous les résidents en Ehpad.

### **DEUX MODES DE FINANCEMENT SONT POSSIBLES :**

Une prestation différentielle compensant la dépense dans le cadre d'un barème.

Une prestation forfaitaire en fonction d'un barème conforme au principe d'égalité du droit qui est l'un des principes de la Sécurité Sociale.

**Un choix de société :** quelle part du PIB voulons-nous consacrer aux personnes en perte d'autonomie afin de construire une société de tous les âges et toutes les situations – handicap – vieillissement ? La prise en charge de la perte d'autonomie s'intègre totalement dans les principes fondateurs de la Sécurité Sociale « Faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort ». A ce titre, elle doit relever de la solidarité nationale et non de la solidarité familiale.

Si on mettait à contribution les revenus financiers des entreprises et des banques (325 milliards d'Euros) au taux actuel des cotisations dites patronales, cela rapporterait 41 milliards à la branche maladie de la sécu et financerait les besoins pour la perte d'autonomie.

**C'est une question de justice sociale, de progrès social... Et ce n'est qu'un juste retour des richesses créées par le travail.**



Pour plus d'information : consulter le site internet  
Comité régional Auvergne Rhône Alpes  
[Www.cgtra.org](http://www.cgtra.org)