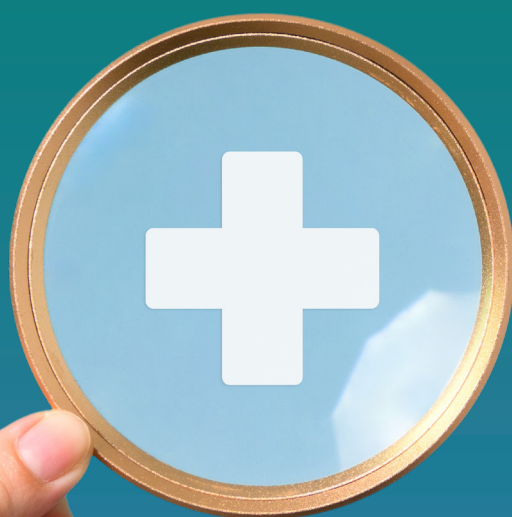


ACCÈS AUX SOINS DES RETRAITÉS ET PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

**L'UCR-FO TIRE LA
SONNETTE D'ALARME !**



**FO
UCR**

ÉDITO

La santé est l'affaire de tous, et l'inquiétude voire la colère de la population, face à la situation de notre système de santé, au bord de la rupture, est parfaitement légitime. Qualifié au début des années 2000 de meilleur système de santé au monde, les difficultés se multiplient désormais. Aux urgences, les malades ne sont parfois plus soignés dignement et notre système de santé rend malades ses propres agents. En cause, les multiples symptômes de la crise aiguë de moyens, vécue au quotidien et devenue maltraitance, à la fois des patients mais aussi des agents lesquels luttent pour maintenir les postes.

Chaque jour, des services sont en grève. Chaque jour, des services ferment. Chaque jour, des malades ne trouvent pas de lits. Chaque jour, nos anciens sont maltraités dans les Ehpad, faute de moyens humains. Chaque jour, des agents quittent la Fonction publique hospitalière (FPH).

Ce document préparé par l'UCR-FO décliné en deux volets sur l'accès aux soins et la dépendance, revient sur les racines de la crise. Si la pandémie de Covid-19 a eu sa part de responsabilité, provoquant une nouvelle dégradation des conditions de travail, les causes sont anciennes, que ce document contribue à documenter et expliciter.

FO le rappelle depuis longtemps, elles trouvent leur source dans les politiques économiques restrictives menées depuis des décennies, toutes soutenues par un objectif d'économies dans les secteurs hospitalier, social, médico-social.

À commencer par les ordonnances Juppé de 1995, dont FO continue de demander l'abrogation de même qu'elle demande la suppression de l'Ondam qui définit l'objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins. Cette enveloppe fermée conduit inexorablement à une gestion de la pénurie, du fait de l'augmentation de la population, et donc de l'évolution des besoins notamment en raison du vieillissement.

Enfin, avec le vieillissement de la population et le tournant démographique annoncé pour 2030, le nombre de personnes âgées dépendantes pourrait augmenter de 25 %. La branche « *Autonomie* » aura besoin de 20 milliards d'euros supplémentaires pour être à la hauteur des enjeux. Au-delà de ces chiffres, de nombreux problèmes se posent : métiers de l'âge peu valorisés, modalités d'accueil en Ehpad à réinventer, absence de libre choix pour les personnes en perte d'autonomie de rester à domicile ou d'aller en Ehpad, fortes inégalités de l'offre suivant le territoire...

Le document de l'UCR-FO donne un éclairage de ce sujet qui sera encore plus essentiel dans les prochaines années.

Bonne lecture !
Frédéric Souillot

SOMMAIRE

L'ACCÈS AUX SOINS

Introduction	4
Les médecins généralistes	6
Les médecins spécialistes	6
Les dentistes	7
Les gériatres	8
les dépassements d'honoraires et la répartition des médecins sur le territoire national	9
Les médicaments	9
Les dépistages.....	10
Les services d'urgence et le tri des malades à l'hôpital	11
L'invasion du numérique en santé : la e-administration et la e-santé.....	13

PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

La canicule et le Covid.....	18
Comment en est-on arrivé là ?	19
Résultat : une situation catastrophique qui dure depuis des années	23
La proposition de loi relative à « la société du bien vieillir »	27
Le virage domiciliaire	29
Glossaire	34

L'ACCÈS AUX SOINS

Pour rédiger ce document, nous nous sommes appuyés sur plusieurs textes ou rapports afin de décrire la situation et démontrer l'absolue nécessité de mettre en place les moyens de répondre aux besoins de santé des habitants sur tout le territoire.

La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.

Sur ce fondement, le Conseil constitutionnel a reconnu expressément la protection de la santé comme un droit de valeur constitutionnelle.

Le code de la santé publique garantit l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé

Pourtant, aujourd'hui, la réalité est toute autre !

Force Ouvrière

alerte depuis des années les pouvoirs publics sur la détérioration du système de soins dans notre pays. Or, les premiers touchés ce sont les personnes les plus vulnérables à commencer par les retraités.

Depuis toujours Force Ouvrière est indéfectiblement attachée aux principes fondateurs de la Sécurité sociale, issus de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 4 et du 19 octobre 1945, inspirée par le programme de Sécurité sociale rédigé par Georges Buisson, père fondateur de la Sécurité sociale et repris par le Conseil national de la résistance.

Depuis plus de 75 ans, c'est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain.

Mettant en œuvre la maxime séculaire « *de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* », elle subit ces toutes dernières années un double mouvement d'étatisation-privatisation, substituant progressivement aux principes de l'assurance sociale, ceux de l'assistance publique et de la marchandisation.

Cet « *amortisseur social* », qui aura encore montré son indispensable utilité à l'occasion de la pandémie de Covid-19, est sur le point de changer de modèle. La justice sociale et l'égalité d'accès aux droits et le lien intergénérationnel sont attaquées au nom de l'efficacité économique, la Sécurité sociale étant continûment considérée comme un coût qu'il faut réduire ; et la santé et la retraite non plus comme des droits mais comme des marchés.

Les « *ordonnances Jeanneney* » de 1967 ont été une première attaque majeure sur laquelle pourront s'appuyer les nombreuses contre-réformes ultérieures. En effet, avec elles, les organisations patronales ont obtenu la moitié des sièges au conseil d'administration

et la création de trois branches (maladie, vieillesse, famille) a remis en cause, à la fois, l'unité de la Sécurité sociale et celle de la cotisation.

Depuis, ce bien collectif n'a cessé de subir des attaques de la part des gouvernements successifs sous la forme de plans de maîtrise des dépenses. La politique des déficits, la déconnection des recettes et des dépenses les ont justifiés en les qualifiant d'inévitables.

Cette politique promouvant rentabilité et concurrence, en « marchandisant » la santé, a eu pour effets d'aggraver les inégalités et d'accroître les coûts, de détruire les services publics de santé et d'engager la privatisation de l'ensemble. Dans cette logique, les exonérations de cotisations sociales sont la clé de cette entreprise de privatisation de la santé.

Depuis des années les salariés dans les établissements de santé avec leurs organisations syndicales, notamment FO, ont exprimé le malaise profond qui s'installait en dénonçant la dégradation de leurs conditions de travail et en réclamant de moyens financiers supplémentaires, notamment pour les hôpitaux publics.

Enfin, il faut souligner les conséquences de la décision politique aberrante et désastreuse de 1971 de réduire l'offre pour limiter la demande par la mise en place d'un numerus clausus. Elle a entraîné une réduction drastique du nombre de médecins formés et aujourd'hui la population française se trouve confrontée à des situations de pénurie et à de véritables déserts médicaux, alors que dans le même temps, celle-ci a augmentée et vieillit.

Libération du 12 avril 2023

Selon une étude de Cofidis rendue publique le 13 avril, le budget annuel des frais de santé des Français a augmenté de 75 % depuis cinq ans, passant de 715 euros par an en 2018 à 1 249 euros en 2023.

26 % des sondés déclaraient avoir renoncé à se faire soigner au cours des douze derniers mois. Avec les familles, les 25-35 ans sont ceux qui abandonnent le plus les soins. Les plus jeunes, 18-24 ans, sont aussi près de 40 % à avoir du mal à payer leurs frais de santé.

Pour y faire face, plus de 40 % des sondés évoquent mettre en place des « stratégies » et adapter leurs comportements. Comme comparer les prix entre pharmacies, demander à ne se faire prescrire que des médicaments génériques ou remboursés, privilégier les rendez-vous chez des médecins sans dépassement d'honoraires...

Si les Français dépensent plus, c'est principalement parce que le reste à charge est élevé. Il est aujourd'hui estimé à 288 euros par an, soit 46 euros de plus qu'en 2018. Les soins dentaires et d'optique ont le reste à charge le plus élevé. Ils sont donc les moins accessibles : plus de la moitié des Français interrogés déclarent renoncer à soigner leurs dents, dont 60 % des plus de 50 ans.

Bien évidemment, si les tarifs jouent un rôle préjudiciable à l'accès aux soins, la démographie médicale, le manque de lits et de places disponibles, donc plus globalement les déserts médicaux sont les causes principales du renoncement aux soins.

Source : Apolline Le Romanser dans Libération du 12 avril 2023.

L'UCR-FO rappelle

sa condamnation de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie qui a institué les mesures restrictives en matière d'accès aux soins avec déremboursements et moindres remboursements de médicaments et de soins, institution de franchises et forfaits non remboursables par les complémentaires, l'instauration d'un parcours médical assorti de sanctions, etc.

Ceci a conduit, en diminuant la couverture de base, à rendre indispensable une couverture complémentaire pour ceux pouvant faire face ou appartenant à des branches où la négociation a été possible.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES



L'accès à un médecin traitant (majoritairement un médecin généraliste) devient de plus en plus difficile, y compris dans les centres urbains. Les différentes mesures mises en place n'ont pas inversé la situation qui s'est considérablement aggravée entre 2010 et 2022 et le risque de poursuivre cette aggravation est grand, la moyenne d'âge des médecins généralistes étant élevée, et nombre d'entre eux proches de la retraite.

Il existe également une inégalité d'accès territoriale : en France métropolitaine, les écarts de densité en médecine entre les départements les plus défavorisés et

les départements les mieux dotés sont de l'ordre de un à deux et même de un à trois pour les médecins généralistes.

La répartition des installations n'est pas équitable sur l'ensemble du pays et ne garantit plus un égal accès aux soins de la population : c'est la rupture du pacte républicain.

Dans son rapport, le Sénat note que : *« la carte des déserts médicaux épouse les dynamiques économiques et démographiques locales, marquant une opposition entre les centres urbains, à l'exception des petites centralisées, et leurs périphéries urbaines et rurales : ce sont les mêmes territoires qui cumulent les difficultés, en matière de mobilité, d'accès au numérique et aux services publics ».*

« Aujourd'hui, les "déserts médicaux" concernent une commune sur trois : entre 9 et 12 % de la population française vit dans un "désert médical", soit 6 à 8 millions de personnes ».

Alors que la demande de soins progresse par le vieillissement de la population, le nombre d'installation des médecins est en baisse de 10 % entre 2010 et 2021 (source Conseil de l'Ordre).

LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

L'accès à un médecin spécialiste est encore plus difficile que celui des généralistes. Les écarts de densité médicale d'un département à l'autre passent dans ce cas dans un rapport de 1 à 8 en général.

Certaines professions, les psychiatres, entre autres, sont concentrés dans les grandes villes. À Paris il y a 610 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 184 en moyenne à l'échelle de la France entière.

Le rapport sénatorial de 2020 (groupe de travail sur les déserts médicaux) précise que les différentes politiques mises en place depuis 10 ans n'ont pas permis d'enrayer ces évolutions qui nuisent à une prise en charge équitable des soins de santé sur le territoire.



Les conséquences sont très nombreuses :

- les délais d'attente deviennent interminables, particulièrement dans les spécialités : ophtalmologie, cardiologie, rhumatologie, gynécologie ;
- certaines consultations se font **hors parcours**.

Pour être remboursé à 70 % chez un spécialiste, nous avons vu précédemment que le patient doit avoir consulté son médecin traitant, car celui-ci doit l'avoir adressé à un

spécialiste (sauf pour les spécialités exclues du dispositif). Certains patients n'ayant pas de médecin traitant doivent consulter un spécialiste « *hors parcours* ».

LES DENTISTES



Pourquoi les soins dentaires sont si importants pour les retraités, les personnes âgées et les personnes handicapées et particulièrement les handicapées vieillissantes ?

- La dentition est plus fragile à mesure que l'on avance en âge.
- Un mauvais état bucco-dentaire entraîne des douleurs, des troubles de la mastication pouvant conduire à une dénutrition.
- Les affections respiratoires, pulmonaires sont fréquentes, les bactéries présentes dans la bouche pouvant migrer dans les voies respiratoires et les poumons.
- Les problèmes cardio-vasculaires peuvent également être impactés.
- Les soins dentaires à domicile sont très peu développés voire inexistantes et cela contribue à la détérioration de la santé des personnes âgées.

Selon l'UFSBD (Union française pour la santé bucco-dentaire), s'agissant des Ehpad :

- 75 % des résidents ont un état de santé bucco-dentaire dégradé ;

- 66 % présentent au moins une dent cariée ou à extraire ;
- 42 % n'ont pas bénéficié de consultation dentaire depuis 5 ans ou + ;
- on constate un net déficit d'hygiène bucco-dentaire et d'entretien des prothèses dentaires en Ehpad.

La densité des chirurgiens-dentistes avait progressé durant 30 ans passant de 48 à 67 pour 100 000 habitants entre 1975 et 1990 : époque à laquelle les personnes avaient un accès correct à des soins dentaires. À partir de 2000, cette densité a diminué jusqu'en 2012. Puis elle a repris sa croissance tout en restant cependant inférieure à celle de 1990.

La densité française reste en deçà de la moyenne européenne : la moyenne nationale est de 64 pour 100 000 habitants et cinq régions sont en dessous.

Le renoncement aux soins est d'autant plus important que les personnes sont en situation de fragilité sociale, de vulnérabilité de santé.

En 2010 (il est difficile d'avoir des études plus récentes), le rapport Hescot et Moutarde indique que la santé bucco-dentaire des personnes handicapées est globalement très mauvaise pour ne pas dire alarmante.

Ajoutons que le gouvernement a décidé en juin 2023 de transférer de la Sécurité sociale vers les complémentaires santé une part plus importante des soins dentaires (40 % au lieu de 30 %). C'est ce qu'on appelle le reste à charge. Et celui-ci représente plus de 500 millions pour les mutuelles et les assurances complémentaires ou, plus exactement pour leurs adhérents.

Et il faut ajouter que 4 % de la population (11 % parmi les moins favorisés) ne peuvent ni financer une mutuelle ou une assurance complémentaire ni bénéficier de la CMU.

LES GÉRIATRES



Cette spécialité ne s'improvise pas : les personnes âgées présentent souvent des polypathologies nécessitant une prise en charge spécifique et adaptée. Souvent l'arrivée d'une personne âgée dans une unité des soins spécifique et très spécialisée va provoquer un « Oh la la , que va t-on bien pouvoir en faire ? » Les médecins compétents en la matière, les gériatres, formés à ces prises en charge particulières n'auront qu'à faire face.

Malheureusement dans ce domaine encore, la politique du moindre coût produit des effets dévastateurs.

Nous nous appuyons, dans un premier temps sur l'enquête de 2023 de la SFGG (société française de gériatrie et gérontologie) pour dresser un tableau de la

situation. Cette enquête parle de « **débandade** » : le mot est fort mais reflète bien la réalité.

Selon cette société savante, 35 % des unités gériatriques sont touchées par des fermetures de lits en France. Sur 792 services implantés en France dans 72 départements, 278 services (soit 35 %) sont impactés par des fermetures de lits.

Les EMG (Équipe mobile de gériatrie) intra-hospitalières sont appelées à intervenir dans les services hospitaliers ayant besoin de leur expertise et dans les services d'urgence. Les EMG extra-hospitalières sont appelées à se déplacer dans les Ehpad ou à domicile.

Il faut souligner l'importance de tels services si l'on ne veut pas que la situation actuelle de non prise en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées perdure ou même s'aggrave considérablement.

Cette spécialité, la gériatrie, présente également une démographie critique : 2 200 gériatres en France dont 1 236 ont entre 50 et 74 ans et 11 entre 70 et 74 ans !

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) en mars 2021, précise la situation qui une fois encore illustre les inégalités d'accès aux soins sur le territoire : la densité de gériatres pour 100 000 habitants âgés de 65 ans et plus est de 16,5 en moyenne, mais elle varie de 34,2 en Île-de-France à 5,4 en Corse en passant par 18,3 dans les Hauts-de-France.

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ET LA RÉPARTITION DES MÉDECINS SUR LE TERRITOIRE NATIONAL

L'offre de soins est très loin d'être la même pour tous !

La dérive des dépassements d'honoraires est également la cause du report de soins. Les déserts médicaux dans certains territoires et dans certaines spécialités, la réforme du médecin traitant ont conduit, paradoxalement, que des médecins conventionnés (secteur 1, CAS, Optam) peuvent dans certaines conditions pratiquer des dépassements d'honoraires.



Les médecins conventionnés (secteur 1, Optam (option de pratique tarifaire maîtrisée) et Optam CO (chirurgie et obstétrique) peuvent dans certaines conditions pratiquer des dépassements d'honoraires. Par ailleurs, dans les secteurs 2 et 3 les honoraires sont totalement libres.

Dans le privé 70 % des chirurgiens exercent en honoraires libres difficilement accessibles pour de nombreux retraités. Les personnes exemptées de ces dépassements sont celles couvertes par une complémentaire santé solidaire, mais elles n'auront certainement pas accès à ces praticiens.

LES MÉDICAMENTS

La situation s'avère catastrophique. Selon l'institut national du cancer, une quarantaine de médicaments essentiels en cancérologie ont fait l'objet de tensions importantes voire de pénuries répétées.

Les MITM (Médicaments d'intérêt thérapeutique majeur), les plus concernés sont les anti-cancéreux, les anti-infectieux, les anesthésiants, les médicaments du système nerveux central (épilepsie, Parkinson) ainsi que les médicaments dérivés du sang.

La situation dans ce domaine continue de s'aggraver : il y avait 44 ruptures de stock constatées en 2008 et 530 en 2017.

Nous prenons l'exemple de Sanofi qui a supprimé entre 2008 et 2018, 2814 postes de chercheurs et abandonné les secteurs peu rentables. Parmi les domaines sacrifiés, on compte Alzheimer, les maladies infectieuses notamment celles causées par la famille des coronavirus.

Les tensions en approvisionnement qui ne concernent pas toujours les mêmes médicaments ne sont pas nouvelles.

En 2021, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a reçu 2 160 signalements pour ruptures ou risques de rupture soit cinq fois plus qu'en 2016. On en comptait 89 en 2010.

En 2022, l'ANSM a reçu plus de 3 700 signalements de ruptures de stock et déclarations de risque de rupture :

La densité moyenne concernant la médecine générale est de 121,2 médecins par 100 000 habitants (France et territoires d'Outre-mer). Cette densité a baissé dans la plupart des départements sauf quatre. Elle a cependant progressé dans la plupart des territoires d'Outre-mer.

La répartition reste très inégale passant d'une densité comprise entre 80-85 pour 100 000 habitants dans des départements à 160-165 pour 100 000 habitants dans d'autres.



une hausse de plus de 73 % en un an et même huit fois plus qu'en 2014.

Selon l'étude BVA réalisée pour France Assos Santé en mars 2023, 37 % des Français ont été confrontés à des pénuries en pharmacie.

À ces tensions sur les approvisionnements s'ajoute la pénurie du personnel en pharmacie : 1 740 officines ont disparu en 10 ans et il manque 15 000 pharmaciens en France selon les syndicats professionnels.

En 2020 la France a importé pour 23,2 milliards d'euros de médicaments soit 13,7 % de plus qu'en 2019. La molécule active de 80 à 90 % des médicaments commercialisés en France provient d'Asie !

LES DÉPISTAGES



Nous constatons en France une faible participation aux tests des trois cancers : col de l'utérus, du sein, colorectal.

La réduction continue du nombre de médecins traitants aggrave cette situation puisque c'est souvent lui qui encourage son patient à effectuer tous les examens ou dépistages nécessaires à sa santé.

Une prise en charge des cancers de la personne âgée qui devrait être améliorée. (Extrait documents de la ligue contre le cancer et de l'Institut national du cancer).

Les cancers chez les personnes âgées sont souvent des cancers de diagnostic trop tardif d'une part, car **elles sont souvent exclues des actions de dépistage systématique**, et d'autre part parce que ces personnes n'ont pas toujours le même niveau de suivi médical que les sujets plus jeunes. Il **n'est pas légitime**, bien au contraire pour ce qui concerne le cancer du sein, **d'exclure les**

personnes âgées des programmes de dépistage dans la mesure où pour la plupart des cancers, les traitements spécifiques ont chez elles le même niveau d'efficacité que chez les personnes plus jeunes.

Les raisons d'un diagnostic tardif dans le cancer du sein par exemple : le dépistage organisé du cancer du sein s'arrête à 74 ans, laissant entendre qu'il n'y aurait plus de risques après cet âge-là.

En effet, le cancer du sein est, dans l'immense majorité des cas, une pathologie qui survient après la ménopause.

En 2018 le nombre de nouveaux cas de cancers en France chez les personnes âgées de 75 ans et plus est estimé à environ 118 900.

En 2019, 407 569 patients âgés de 75 ans et plus ont été hospitalisés avec un diagnostic de cancer.

Devant ces chiffres, suite aux manques de places dans les hôpitaux pendant la crise Covid en 2020 et les très nombreux reports de soins, d'interventions à cette époque, les chances d'un traitement adapté pour ces personnes à cette époque ont été considérablement réduites ainsi que leur espérance de vie.

Il faut souligner aussi que les pertes de chances ont été particulièrement notables dans les cas d'AVC et de maladies cardiovasculaires du fait principalement d'une absence de diagnostics faute d'accès à un médecin. (Le gouvernement recommandait de ne pas se rendre dans les hôpitaux !).

LES SERVICES D'URGENCE ET LE TRI DES MALADES À L'HÔPITAL



Toutes les enquêtes le démontrent, l'accueil des personnes âgées dans les services d'urgence (SAU) se heurte à une triple difficulté : la saturation des urgences, l'insuffisance de lits dans les services de spécialités et la quasi-inexistence de services adaptés à leur prise en charge.

En 2022, selon la Fédération des observatoires régionaux des urgences, on enregistre 20,5 millions de passages en SAU (en moyenne 33 000 patients par SAU et par an) soit une progression en un an de 7,30 %.

Les personnes âgées de 75 ans et plus, représentent 14 % des passages.

La fermeture de 27 services d'urgence entre 2013 et 2019, conjuguée à la suppression de plus de 100 000 lits d'hospitalisation en 20 ans (dont 21 000 lits entre 2013 et 2019) rend la situation intenable. Sans compter (DREES 2021 n°2018) que les unités de soins de longue durée qui accueillent principalement des personnes âgées diminuent également depuis 2013 et cette baisse se poursuit en 2020 (-1,2 %).

Or, avant d'être ministre, François Braun président de Samu urgence de France reconnaissait lui-même « Pour les patients âgés et polypathologiques, on a du mal à trouver un lit disponible dans les autres services. » (La Croix du 27 mai 2019).

En effet ces patients, faute de structures adaptées, restent aux urgences dans l'attente d'une solution, ce qui comporte de sérieux risques de perte de chance.

Selon une enquête portant sur 1 598 patients âgés de 75 ans et plus et 97 SAU, seuls 890 patients (56 %) ont pu être transférés dans un service.

Pour les 707 autres patients (44 %) ayant passé la nuit sur un brancard, le taux de surmortalité a été de 46 %.

Par ailleurs Samu urgences France qui recueille chaque jour les statistiques sur les patients admis aux urgences indique qu'en décembre 2022 et janvier 2023 **le nombre de décès inattendus aux urgences ou en unités d'hospitalisation de courte durée (lits dans les SAU) s'est élevé à 43**. Il s'agit principalement de personnes âgées.

Afin de marquer les consciences voici quelques exemples :

- *patiente de 88 ans, admise pour détresse respiratoire sur sepsis. Pas de box disponible en zone scopée (tous les box sont utilisés par des patients en attente d'hospitalisation). Découverte morte dans le couloir six heures après son arrivée ;*
- *appel pour hémoptysie à domicile. Pas d'équipage Smur disponible par défaut de ressources humaines. Envoi différé du Smur une bonne heure après le dernier appel. Arrêt cardiaque à l'arrivée de l'équipe Smur, patient décédé à domicile ;*
- *patient adressé par médecin traitant, arrêt cardiaque 20 minutes après son admission à l'accueil, passé inaperçu dans le flot ininterrompu des admissions dans un service déjà saturé.*

Enfin selon l'observatoire de Cap retraite (2017) : « Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus devrait dépasser 8,3 millions d'ici 2030... **l'hôpital sera bientôt confronté à un défi de taille : recentrer son activité sur la gériatrie. Le nombre d'hospitalisations de personnes âgées va augmenter de 42 % en quinze ans.** De 3,6 millions en 2015 à 5 millions d'hospitalisations de personnes âgées de plus de 75 ans, en 2030.

Aujourd'hui déjà, **moins de 5 % des lits d'hôpital sont dédiés à l'accueil des personnes âgées.** Pour assurer la qualité de la prise en charge des aînés, il sera nécessaire d'ajouter 102 178 places dédiées à la gériatrie d'ici 2030. »

Dans ce contexte, les propositions de la mission flash sur les urgences et les soins programmés s'apparentent davantage à un simple pansement sur une plaie ouverte qu'à un traitement de fond.

Si l'idée était d'aider les urgences à passer le cap de l'été 2022 (fermeture de X services en raison d'un manque criant de personnel) il n'en demeure pas moins que l'objectif reste le même : éviter le recours aux urgences.

En effet la mission Flash préconise de « Réguler les admissions », soit avec un « triage paramédical à l'entrée » des urgences, soit par une « régulation médicale préalable systématique » par le standard téléphonique du Samu. « Des messages pédagogiques seront diffusés pour inciter les Français à appeler le 15 préalablement à tout déplacement aux urgences, afin d'être mieux orientés vers une offre de soins adaptée à leurs besoins ».

Faute de moyens : insuffisance des capacités hospitalières, absence de prise en charge adaptée aux personnes âgées, manque de personnel, on assiste de fait au tri des patients dont les principales victimes sont justement les personnes âgées.

Quelques exemples :

- au CHU de Toulouse les transplantations pour greffe rénale sont reportées à 2024, alors que jusqu'à présent elles étaient réalisées entre 3 à 6 mois.
- au CHU de Bordeaux les patients âgés de 70 ans et plus, atteints de lymphome ne pourraient plus bénéficier d'un traitement révolutionnaire par des cellules dites CAR-T. En l'absence de ce traitement l'espérance moyenne de vie est de six mois.

Si rien n'est fait, 39% des centres de thérapie cellulaire devront sélectionner davantage leurs patients, en raison du manque de personnel.

L'UCR-FO condamne

les politiques d'austérité qui ont conduit l'hôpital public au bord du gouffre. La suppression de 115 000 lits en 25 ans dont 17 900 sous la dernière mandature et 5 700 en 2020 en pleine pandémie, expliquent la situation actuelle qui alarme les personnels soignants. Cette situation résulte de la dictature de l'Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance maladie), appliquée budgétairement depuis les ordonnances Juppé de 1996 sur tout le territoire par les Agences régionales de santé et a amené à la disparition de services et d'établissements hospitaliers. Couplée avec le « *numerus clausus* » et les « *quotas* » de formations paramédicales, elle a abouti à la multiplication des déserts médicaux en ville comme en zone rurale.

Pour les personnes âgées, c'est une aggravation considérable des risques.

L'UCR FO dénonce

cette évolution dramatique instaurant la pénurie et conduisant, au plus fort de la crise sanitaire, à interdire aux personnes âgées l'accès aux services d'urgence.

L'UCR FO revendique

la création des milliers de postes nécessaires pour un bon fonctionnement des services de santé, l'arrêt des fermetures d'établissements, de lits et la réouverture des lits d'aval indispensables dans toutes les spécialités ainsi que la création massive de lits de réanimation afin de prendre en charge les patients dans de bonnes conditions.

L'INVASION DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ : LA E-ADMINISTRATION ET LA E-SANTÉ



Comme nous toutes et tous, les personnes âgées sont de plus en plus souvent confrontées aux applications numériques dans la vie courante. Mais **la généralisation de la e-administration et l'accélération de la e-santé** les rendent totalement dépendantes de cette numérisation à outrance pour tout ce qui concerne leur santé.

Pour rappel, selon l'Insee :

l'illectronisme touche 17% de la population ; une personne sur deux de plus de 75 ans n'a pas accès à internet depuis son domicile, comme 16% des usagers les plus modestes. C'est dans une telle situation que la course au numérique se poursuit dans le domaine de la santé, en laissant sur le bord du chemin un très grand nombre de personnes âgées.

■ Le numérique dans nos démarches de santé

La Carte Vitale

Aujourd'hui, nous bénéficions d'une carte vitale en « format physique ». Cependant, un décret publié au JO du 30 décembre 2022 a prévu la **dématérialisation du dispositif** qui devra être intégré sur smartphone ou tablette via l'application gratuite apCV. La e-carte vitale devrait être déployée partout en France d'ici 2025, après une expérimentation dans douze départements. L'utilisateur sera invité à choisir entre les deux formats. Espérons que la carte vitale en format physique perdurera longtemps. Il faudra éviter de la perdre au vu des complications pour accéder au compte Ameli et le gérer.

Le Compte Ameli

Le compte Ameli, espace personnel sur tablette, ordinateur ou mobile, permet d'accéder à tous les services de l'Assurance maladie mais peut se révéler difficile de pratique.

Pour poser une question ou contacter un conseiller par votre compte Ameli, il faut désormais passer par l'assistant virtuel ameliBot. Ce n'est qu'après deux requêtes infructueuses que vous pourrez contacter un conseiller via l'espace d'échanges Ameli.

Il faut savoir que la création du compte Ameli avait pour objectif premier de supprimer un maximum de personnels et de guichets. Selon la loi de financement de la Sécurité sociale 2021, les caisses ont perdu 15 % de leurs effectifs entre 2004 et 2019 et le mouvement s'est poursuivi, provoquant la dégradation des conditions de travail des salariés. Pour le service aux usagers, cela signifie la fermeture des accueils sans rendez-vous, l'accueil téléphonique de plus en plus difficile et payant au 36/46 et des milliers de dossiers en souffrance.

■ Notre santé en mode numérique : la « télésanté »

Les téléconsultations ou vos soins à distance

Selon le site de l'Agence du numérique en santé du ministère, « la télésanté se déploie pour permettre à tous un accès à distance aux soins médicaux et paramédicaux... elle complète les pratiques médicales traditionnelles et constitue une réponse à des problématiques telles que faciliter l'accès aux soins pour les personnes isolées en zone rurale ou atténuer la disparité de la qualité de soins sur le territoire... »

Les actes de téléconsultation sont remboursés par la Sécurité sociale depuis le 15 septembre 2018.

Il s'agit de « *télémédecine* » pour les actes réalisés à distance par un professionnel médical (médecin, sage-femme et chirurgien-dentiste) et de « *télésoins* » pour ceux réalisés par un pharmacien ou un auxiliaire médical (17 professions sont concernées, dont psychomotriciens,

masseurs kinésithérapeutes, pédicures podologues). Cette énumération montre d'elle-même les limites de ces téléconsultations.

Les cabines de téléconsultation médicale

Ces équipements sont présentés officiellement comme l'une des solutions de nature à pallier la disparition des cabinets médicaux dans de nombreux territoires. Certaines municipalités en ont installé sans que l'on ait de statistiques sur leur utilisation ni de diagnostic quant à leur efficacité. On les trouve également en pharmacie.

Le marché de ces engins miracle est prospère. La société MédiSpot propose un équipement « *...simple, efficace, économique à installer dans les déserts médicaux, peu coûteux à déployer, simple à utiliser... et intégrant en standard l'opérateur de médecine Hellocare... qui propose des médecins abonnés en moins de 10 minutes...* ».

Téléconsultations en tout genre et cabines de téléconsultation médicale sont, en définitive, les solutions proposées pour mettre fin à la grande misère des déserts médicaux.

■ La santé numérique à marche forcée

Au niveau national ont été initiées « *une accélération de la feuille de route du numérique en santé pour généraliser le passage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels de santé mais aussi avec le patient via Mon Espace Santé* ».

Il s'agit, dans le même temps, de déployer une stratégie d'accélération et de **transformation du numérique en santé** placé « *au coeur de la révolution...* » face à un « *modèle médico-économique qui doit se renouveler...* ». Pour le bien de tous, évidemment !

Mon Espace Santé

Défini comme « *le carnet de santé numérique de tous les citoyens* », Mon Espace Santé a été lancé en janvier 2022 auprès de tous les assurés par un message de l'Assurance maladie les informant de son ouverture dans un délai

de six semaines sauf opposition de leur part. Passé ce délai, chaque personne a toujours la possibilité de clore son profil.

Selon la définition officielle, Mon Espace Santé est « *un service public pour gérer ses données de santé. Simple et sécurisé, il a été conçu pour tous, quels que soient leurs usages du numérique....* ». Nous sommes encouragés à l'activer et à télécharger l'appli Mon Espace Santé et/ou nous connecter sur notre ordinateur.

À ce jour, Mon Espace Santé ne semble pas avoir atteint son rythme de croisière. Pourtant, des « *Ambassadeurs Mon Espace Santé* » devraient être présents sur tout le territoire, encadrés par 18 coordinateurs régionaux, volontaires issus de la médiation numérique.

La stratégie d'accélération et de transformation du numérique en santé

Cette transformation du numérique en santé est présentée comme devant « *être opérée au bénéfice de la population générale et des patients. Il s'agit en particulier, d'améliorer la qualité de vie, l'organisation des soins et de prévenir les inégalités d'accès aux soins notamment aggravés par la fracture numérique* ».

Cela devrait nous rassurer ! Cependant, quand on se penche sur le détail de la stratégie qui a bénéficié d'un premier plan ambitieux de 7,5 milliards d'euros présenté le 29 juin 2021 par le Président de la République, on découvre « *qu'il s'agit de préparer l'avenir, de faire de la France un leader en santé numérique... et de conquérir le marché de la santé numérique en pleine croissance au niveau mondial....* ».

■ Que conclure de cette plongée numérique dans le domaine de la santé ?

L'ambition affichée pour la transition vers le numérique, en décalage complet avec le dénuement de notre système de santé sur le terrain, n'est qu'un plan de substitution sans limite dans un pur souci d'économies sur la bête et de profits sur le marché de la santé numérique. Les assurés que nous sommes vont continuer à se heurter aux mêmes

difficultés sanitaires ; nous allons constater les limites et même les dangers des téléconsultations ; nous allons nous enfoncer dans le piège de la fracture numérique, que rien de ce qui est en projet n'est de nature à combler. **En un mot, nous risquons d'être complètement dépassés, et plus encore, avec les risques d'un débarquement incontrôlé de l'intelligence artificielle.**

On est frappé par le décalage entre la situation de notre système de santé sur le terrain, son dénuement

constamment aggravé par les gouvernements successifs, dont l'actuel, l'ambition affichée pour la transition vers le tout numérique. En fait il ne s'agit pas d'un plan d'action mesuré et positif tenant compte des progrès que peut apporter le numérique dans le domaine de la santé, avec toutes les prudenances indispensables, mais bien d'un plan de substitution sans limites dans un souci d'économiser sur la bête et de profits sur le « *marché* » de la santé numérique en pleine croissance au niveau mondial.

L'UCR-FO condamne

le développement exagéré de ces pratiques conduisant à ce que l'on appelle la « *fracture numérique* », dénoncée par un rapport de la Défenseure des droits.

Elle dénonce les conséquences de cette politique, destinée à faire des économies de personnel plus qu'à faciliter la vie des assurés les plus âgés, peu au fait de ces technologies. De ce fait, ces évolutions aboutissent à imposer des déplacements longs et fréquents, forcément coûteux.

L'UCR FO alerte

sur les dangers que représentent l'harmonisation européenne des dossiers médicaux numériques au prétexte d'économiser 5,5 milliards sur 10 ans. Le secret médical n'est plus garanti en permettant l'utilisation de ces bases de données aux diverses institutions et entreprises.

L'UCR FO exige

le rétablissement des services publics supprimés et de l'accueil par des agents, le droit au maintien des formulaires papier et l'envoi de document d'information réguliers, en particulier dans le domaine public (énergie, Sécurité sociale, impôts...).

PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

LA CANICULE ET LE COVID

En 2003 la canicule cause en France près de 15 000 morts dont 87 % parmi les plus de 70 ans.

Le gouvernement, en vacances, a été incapable de prendre la mesure des conséquences de la vague de chaleur qui s'est abattue sur le pays. Il a fallu que le Docteur Pelloux président de l'Association des médecins urgentistes de France alerte avec insistance les pouvoirs publics face aux admissions massives dans les services d'urgences de personnes âgées déshydratées.

Dans les Ehpad, l'insuffisance des effectifs et l'absence de pièces climatisées ou rafraîchies aggrave la fragilité des résidents. « 2003, c'est le traumatisme historique du pays, sa mauvaise conscience vis-à-vis des âgés. » déplore le député Jérôme Guedj, spécialiste des questions du grand âge. On aurait pu croire que cet épisode réorienterait les politiques en faveur du grand âge.

En 2017 une nouvelle situation s'ouvre dans le secteur des personnes âgées avec les 117 jours de grève aux Opalines (d'avril à juillet 2017), un Ehpad à Fouchérans dans le Jura. L'un des mouvements les plus long des conflits sociaux en France.

S'appuyant sur cette mobilisation, la fédération FO SPS prend l'initiative d'inviter toutes les organisations syndicales du secteur ainsi que l'ADPA afin d'organiser une conférence de presse nationale à l'automne 2017. Dans le même temps elle organise aussi une conférence de défense des Ehpad et agrège autour de la revendication d'un agent par résident (préconisée par Philippe Bas dans le plan Solidarité grand âge de 2006) l'ensemble des organisations syndicales, le syndicat des FO Cadres et l'AD-PA (Association des directeurs d'Ehpad). Décision prise : appeler à la grève le 30 janvier 2018. Cette grève est historique, massivement suivie dans l'hexagone.

Si le gouvernement, qui était enfermé dans la baisse des dépenses publiques, n'a pu répondre à la revendication de « Un pour un », il a été rapidement confronté à une série de rapports (cités plus loin) qui sont venus étayer les revendications syndicales en matière d'effectifs mettant ainsi au jour tant les conditions de travail, que les conditions de prise en charge des résidents.

■ En 2020/2022 : le Covid-19

Le rapport annuel de la Cour des comptes (Juin 2022) consacré aux Ehpad précise : « *La crise sanitaire a de ce fait particulièrement frappé leurs résidents : près de 34 000 d'entre eux sont décédés du fait de la pandémie... Cette vulnérabilité particulière ne s'explique pas seulement par la fragilité des résidents. Elle réside également des difficultés structurelles des Ehpad* ».

Elle cite trois principales difficultés structurelles :

- des ressources médicales insuffisantes : alors que tous les établissements doivent disposer d'un médecin coordonnateur, 32 % des Ehpad n'en disposent pas et un quart d'entre eux fonctionnent avec un temps médical inférieur à la norme.
- de fortes tensions sur le personnel : au manque criant d'effectifs, s'ajoutent un taux d'absentéisme important lié aux conditions de travail et un turn-over jamais égalé en raison du manque d'attractivité de l'exercice soignant en Ehpad.
- des bâtiments parfois inadaptés : toujours selon la Cour des comptes, 15 % des Ehpad sont installés dans des locaux de plus de 30 ans, seuls 45 % d'entre eux sont à même de ne proposer que des chambres individuelles, enfin sauf s'ils sont adossés à un hôpital aucun Ehpad n'est équipé de systèmes de distribution de gaz médicaux (oxygène).

Pour L'UCR-FO

la pandémie du Covid-19 a démontré que la Santé était un droit inaliénable et pourtant elle n'a jamais été autant attaquée que depuis ces dernières années. Le gouvernement de monsieur Macron porte une lourde responsabilité dans la gestion désastreuse de la crise sanitaire.

COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?

Il est nécessaire de placer la prise en charge de la dépendance dans une perspective historique pour comprendre l'évolution juridique et financière de sa prise en charge qui a conduit à la situation actuelle.

Génétiquement programmé, constamment modifié par les agressions, pathologiques ou non, rencontrées au hasard de l'existence, hasard lui-même très fortement déterminé par les conditions de vie et d'accès aux soins, le vieillissement touche tout le monde. Face à lui, la personnalité de chacun et les potentialités qu'il aura pu conserver vont moduler des modes d'adaptation plus ou moins réussis au vieillissement. Et puis un jour c'est la perte d'autonomie. L'Ehpad devient la seule alternative. La personne y est placée, même si cela le révolte.

Parler des Ehpad nécessite d'avoir à l'esprit des éléments techniques et juridiques qui permettent de comprendre d'où vient cette maltraitance institutionnelle mise en exergue au début de l'année 2022 et que certains tartuffes disaient découvrir.

■ 1975 : La séparation du sanitaire et du social

Cela a commencé dans un temps où a été posé le fondement des difficultés d'aujourd'hui : **la séparation du sanitaire et du social**. La séparation arbitraire de ces deux secteurs indissolublement liés dans toutes prises en charges cohérentes et globales d'une personne âgée a été consacrée par la **loi du 30 juin 1975** relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Dès lors, le secteur sanitaire, l'hôpital, dispense des soins, tandis que le secteur social héberge !

La **loi du 4 janvier 1978** a complété le dispositif en instaurant une double tarification. C'est le début du maquis des financements actuels. Par ailleurs, et ce n'est pas rien, elle marque un changement qualitatif primordial en instaurant pour la première fois en France le principe selon lequel on pouvait être soigné par forfait, c'est à dire dans la limite d'un plafond.

En 1985, la décentralisation du système sanitaire en accentuant la dichotomie entre le sanitaire et le social

alors que le rapprochement de ces entités relève, en matière gériatrique du simple bon sens, a écartelé les personnes âgées dépendantes entre les deux secteurs.

Les compétences ont été réparties entre l'État et les départements pour aboutir à ce que nous connaissons : l'hébergement (le prix de journée payé par la personne âgée hébergée ou sa famille) et la dépendance relevant du Conseil départemental et le soin pour lequel l'État alloue des financements provenant de l'Assurance maladie.

La Fraternité (les secours publics sont une dette sacrée), l'Égalité (Les hommes naissent et demeurent égaux en droits) du triptyque républicain. Que deviennent-ils ?

Quand l'État eut attribué aux départements la pleine responsabilité financière de la politique d'aide sociale, ce transfert a battu en brèche le principe de Fraternité. La remise en cause de la solidarité nationale par le biais de la réforme de l'aide sociale au début des années 1980 a eu pour conséquence l'instauration d'inégalités dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes selon leur département de résidence.

L'**Égalité**, ce deuxième grand principe était lui aussi mis à mal.

À la faveur des lois de décentralisation, l'État s'est ainsi désengagé du domaine social, transférant aux départements la prise en charge des personnes âgées. Dans le même temps, les financements (Assurance maladie) ont été le plus souvent conditionnés à des restructurations de lits de court séjour.

La conjonction de la démographie, de l'économie et de la politique a permis l'éclosion de nombre d'établissements lucratifs. Les financiers ont remarqué cet alignement des planètes... on connaît la suite !

Alors que la question devrait être de savoir si les besoins sont satisfaits, la **loi du 28 décembre 2015**, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, a poursuivi, malheureusement, la remise en cause des principes républicains en introduisant de nouvelles dispositions plus que contestables.

■ Une « cinquième branche de la Sécurité sociale » ou la mise à l'écart des retraités

La création d'une cinquième branche du régime général, dont le pilotage a été confié à la CNSA, a été entérinée par les lois ordinaire et organique du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie.

Avec la création de la cinquième branche, se profile en réalité la mise à l'écart des retraités et des personnes handicapées dans la mesure où cette branche sera gérée par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) qui n'est pas un véritable organisme de Sécurité sociale et qui sera financée par l'impôt sous différentes formes, comme l'augmentation de la CSG sur les pensions, la suppression ou la réduction de déductions fiscales, la prise en compte du patrimoine, voire l'allongement de la durée de cotisation des salariés en activité.

Cela s'inscrit dans la politique de destruction de la Sécurité sociale par la fiscalisation de ses ressources via la CSG en substitution des cotisations patronales, via la hausse de la part de TVA affectée et via le prolongement de la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) qui alimente la CADES et ce, jusqu'en 2033.

L'UCR-FO rappelle

concernant la perte d'autonomie, qu'elle constitue un risque de santé au même titre que n'importe quelle maladie et doit relever de la branche « Maladie » de la Sécurité sociale qui repose sur des cotisations constitutives du salaire différé et garantissant les droits des assurés.

■ Une nébuleuse d'établissements...

Les établissements et services pour personnes âgées dépendantes sont très nombreux. Ils peuvent être publics, associatifs ou privés à but lucratif. Ils peuvent être autonomes ou relever d'un hôpital ou d'un groupe commercial. Sous la contrainte budgétaire, certains privilégient la recherche de la rentabilité et d'autres, pour distribuer des dividendes, recherchent le profit maximum.

On peut, succinctement, les regrouper ainsi :

- les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), ceux qui sont habilités par le Conseil départemental sont accessibles aux personnes âgées ayant besoin de recourir à l'aide sociale pour assurer le paiement de leur hébergement ;
- les Unités de soins de longue durée (USLD) ;
- les accueils de jour, autonomes ou intégrés aux Ehpad, pour les personnes frappées d'Alzheimer ;
- les Petites unités de vie (PUV) pour personnes âgées dépendantes.

Les Ehpad hébergent de façon permanente des personnes âgées dépendantes relevant d'une prise en charge médicalisée. Ils doivent disposer d'un contrat de séjour qui fixe la nature et le coût des prestations ainsi que les droits et obligations de chacune des parties. Il regroupe ainsi les informations relatives aux conditions générales du séjour (notamment les conditions financières), aux prestations (type de chambre, restauration, entretien des vêtements, etc.) et au versement d'une caution.

■ ...évoluant dans un environnement juridique et financier complexe

- Les établissements doivent s'inscrire dans les orientations du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale qui fixe pour cinq ans les grandes orientations de la politique gériatrique du département dans un secteur d'activité de plus en plus soumis à la concurrence.
- La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, prévoit, pour les Ehpad, la conclusion d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qui se substitue à l'ancienne convention tripartite (État, département, établissement).
- Elle a également introduit de nouvelles règles de tarification, notamment pour le financement de la dépendance qui finance majoritairement des dépenses de personnel (théoriquement 30 % des ASH et des aides-soignantes, 100 % des psychologues) et par conséquent les effectifs auprès des résidents que les gestionnaires doivent répartir en fonction des financements.

- **Le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016** relatif aux principes généraux de la tarification des Ehpad (forfait global de soins, forfait global dépendance et tarifs journaliers) a précisément défini le forfait global dépendance.
- Les départements ont progressivement mis en place la nouvelle règle, qui imposait l'élaboration d'une valeur de référence dite « *point GIR départemental* » applicable indistinctement aux établissements publics et aux structures privées.
- La situation financière d'un Ehpad est donc toujours aussi difficile à appréhender compte-tenu de la complexité du financement générée par la séparation des champs sanitaire et social et de l'existence de deux autorités de tarification.
- Le résident ou sa famille paye un prix de journée correspondant, normalement, au coût de l'hébergement (restauration, entretien, amortissement des locaux, animation, etc.) arrêté, pour les établissements habilités à l'aide sociale, par le département. Le niveau de prix, atteint par les Ehpad, y compris publics, paraît difficilement compatible à terme avec les revenus de la plus grande masse des retraités.
- L'octroi de moyens aux établissements, les créations de postes de postes en section soins (compétence État) et/ou en section dépendance (compétence départementale) ne sont pas la résultante automatique de la signature d'un CPOM.
- En effet, s'il n'y a pas d'augmentation de la charge en soins constatée par une coupe Pathos, la convergence peut se traduire par une réduction budgétaire. Comme la grille Aggir, vise à évaluer le niveau de dépendance des personnes âgées, Pathos permet d'évaluer les soins médico-techniques nécessaires pour assurer la prise en charge des pathologies des résidents et par conséquent le personnel nécessaire aux Ehpad.

■ Le « *déconventionnement* » de l'aide sociale ou conventionnement partiel

Avec l'habilitation à l'aide sociale, les départements disposent d'un outil stratégique, destiné notamment à maîtriser le coût de l'hébergement. Dans la majorité des départements, les résidents bénéficiant de l'aide sociale sont largement minoritaires. Il y a aujourd'hui, pour les Ehpad, l'obligation d'être habilités pour recevoir des subventions publiques à l'investissement qui font baisser

les coûts de construction ou de rénovation. Certains établissements publics sont aujourd'hui tentés par un conventionnement partiel à l'aide sociale, les tarifs alors libres leur permettant de dégager de la capacité d'autofinancement.

Ce « *déconventionnement* » nécessite la signature d'une convention d'aide sociale entre le Président du conseil départemental et une direction d'établissement pour autoriser l'établissement à ne pas atteindre le plafond de 100 % d'habilitation à l'aide sociale. Cela signifie que les personnes âgées relevant de l'aide sociale bénéficieront d'un tarif « *aide sociale* » fixé par le département, sur proposition de l'établissement, et que celles ne bénéficiant pas de l'aide sociale se verront appliquer un tarif dit « *libre* », fixé par l'établissement, à condition que l'établissement ait accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires à l'aide sociale sur les trois exercices précédents, ce qui est son cas (art. L 342-3-1 du CASF). Ce tarif est encore encadré. Ainsi le pourcentage d'évolution du tarif est fixé par un arrêté interministériel (depuis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement), sauf dérogation du Président du conseil départemental.

Ces conventionnements partiels sont justifiés par leurs promoteurs par un objectif d'équilibre budgétaire et la possibilité de dégager des marges de manœuvre financières pour, par exemple, faire face, dans le cadre de la convergence tarifaire, à une baisse de crédits à la section dépendance. Il s'agit donc d'un transfert de charges, au moins en partie, sur les personnes âgées et leurs familles.

Les conseils de la vie sociale des Ehpad de l'établissement sont souvent tardivement informés de ces évolutions et les résidents et leurs familles peuvent se trouver ainsi mis devant le fait accompli.

■ L'accès aux soins des résidents des Ehpad

Le conventionnement des Ehpad à la fin des années 90 a fait émerger le métier de médecin coordonnateur. **L'arrêté du 26 avril 1999** a instauré le principe de la présence d'un médecin coordonnateur dont le rôle est d'assurer, en liaison avec le directeur, l'organisation d'une réponse aux besoins médicaux des résidents, notamment

la nuit et les week-ends. Le texte précisait qu'il paraissait souhaitable que le médecin coordonnateur exerce une activité thérapeutique au sein de l'établissement. La qualification, les missions des médecins coordonnateurs et leur mode de rémunération ont été actualisés par décret du 27 mai 2005. Le résident conserve le choix de son médecin traitant, des médecins libéraux peuvent intervenir dans l'établissement auprès des personnes âgées qui les auront choisis. Le médecin coordonnateur peut alors rencontrer des difficultés pour associer ces médecins à la vie institutionnelle.

Les Ehpad doivent depuis 2002 signer une convention avec un centre hospitalier proche prenant en charge les soins somatiques pour faciliter l'accès des personnes âgées hébergées aux urgences et aux médecins spécialistes notamment. On est loin du compte aujourd'hui.

L'évaluation de la qualité de la prise en charge est peu prégnante. Récemment, quand le scandale d'Orpéa et de Korian s'est répandu dans la presse, est apparue au grand jour la nécessaire évaluation de la qualité dans les Ehpad. Il faut savoir que celle-ci est prévue par **la loi du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale (art. L 312-1 du code de l'action sociale et des

familles) qui soumet les établissements à une démarche d'évaluation et d'amélioration continue des activités et de la qualité des services rendus au résident.

■ Des pensions de retraite insuffisantes pour faire face au coût de l'hébergement en Ehpad

Selon la DREES, la pension moyenne nette des retraités tous régimes confondus s'élève à 1393 euros fin 2019. La pension de retraite moyenne d'une personne au Smic atteint environ 930 euros bruts par mois. Le tarif médian d'une place en Ehpad en Charente s'élève à 1827 euros pour 30 jours. Il comprend l'hébergement et la prise en charge de la dépendance pour un GIR 5-6 (reste à charge, après l'aide de l'APA). Le problème est évident !

Pour L'UCR-FO

la seule façon d'en finir avec les restes à charge demandés aux personnes âgées et leurs familles consiste en la prise en charge de l'autonomie à 100 % par la Sécurité sociale dans le cadre de l'Assurance maladie.

RÉSULTAT : UNE SITUATION CATASTROPHIQUE QUI DURE DEPUIS DES ANNÉES

Il a fallu un livre, «Les Fossoyeurs» de Victor Castaner, pour révéler au grand jour la situation catastrophique de la prise en charge du «grand âge» dans notre pays. Pourtant, les rapports, les alertes, en particulier de la part de Force Ouvrière, se sont multipliés depuis des années... Mais sans que rien ne se fasse de sérieux...

Voici quelques rappels :

MARS 2018

Rapport parlementaire de Caroline Fiat et Monique Iborra.

Le rapport parlementaire de Monique Iborra (La République en marche) et Caroline Fiat (La France insoumise) fait le constat d'une « *profonde crise* » dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Les députées y préconisent notamment de doubler le taux d'encadrement de soignants.

JANVIER 2019

Dominique Libault, alors président du Haut Conseil du financement de la protection sociale a remis au gouvernement son rapport « *Grand âge et autonomie* ».

Ce rapport était la conclusion d'une concertation nationale, menée entre les mois d'octobre 2018 et janvier 2019, dont la consultation citoyenne a mobilisé près de 414 000 participants.

Il s'inscrit dans un contexte d'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes. Selon la DREES, 1 265 000 personnes de plus de 60 ans étaient bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2015. Ce nombre pourrait atteindre 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050. Plus largement, la part des 75 ans ou plus devrait passer à 14,6 % de la population en 2040 (6,6 % en 1990, 9,1 % en 2015). De plus, l'espérance de vie en bonne santé en France est plus faible que dans d'autres pays d'Europe.

La perte d'autonomie devient un risque social. Pour le rapport, l'enjeu est double :

- faire face aux besoins de financement de la prise en charge de la dépendance, le vieillissement de la population ayant nécessairement un impact sur le coût de la prise en charge de la dépendance ;
- faire évoluer l'offre proposée aux personnes âgées en assurant la présence de personnels qualifiés, en simplifiant le système d'accompagnement des personnes âgées et, surtout, en changeant le modèle d'accompagnement pour privilégier la vie au domicile.

Pénibilité, effectifs insuffisants, rémunérations faibles, les métiers du grand âge et de l'autonomie sont peu attractifs. Pourtant, avec le vieillissement de la population, les besoins de personnels, notamment pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, sont croissants.

OCTOBRE 2019

Un rapport présenté par Myriam El Khomri (qui fut dans le même gouvernement que Marisol Touraine auteure de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement) proposait la mise en place d'un plan d'action courant sur cinq ans pour « *relever le défi de l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie* ».

Les métiers du grand âge souffrent d'une faible attractivité. Par exemple, entre 2012 et 2017, une baisse de 25 % du nombre de candidatures au concours d'aide-soignant a été enregistrée.

Le rapport évalue à 60 000 le nombre de postes non pourvus. Entre 2020 et 2024, environ 18 500 postes devraient être créés chaque année pour répondre aux besoins présents et futurs de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie (dont le nombre devrait augmenter de 20 % d'ici 2030).

Les métiers du grand âge sont également des métiers aux conditions de travail difficiles. Le taux d'Accidents du travail et de Maladies professionnelles (AT-MP) y est trois fois supérieur à la moyenne nationale. Par exemple, en 2017, il y a eu au total 19 000 accidents du travail des aides à domicile (+31 % par rapport à 2013). Actuellement, le taux d'accidents du travail dans ce secteur est supérieur à celui des métiers du bâtiment.

S'ajoute la faible rémunération de ces professions dont certaines conventions collectives prévoient des rémunérations inférieures au Smic.

FÉVIER 2019

La Cour des comptes pointe les manques persistants de personnels qualifiés dans les Ehpad.

La Cour des comptes estime que la prise en charge médicale des résidents est insuffisante dans les Ehpad et pointe le manque persistant de personnels qualifiés.

Dans un rapport commandé par la commission des affaires sociales du Sénat, rendu public, la Cour des Comptes estime que le « *nouveau modèle à construire* », passe par plus d'effectifs soignants.

« L'échantillon des Ehpad contrôlés confirme une tendance à l'augmentation des effectifs de soins au cours de la période examinée, généralement associée à une extension des capacités des établissements. [...] Cependant, les taux d'encadrement demeurent encore insuffisants », assure la Cour des comptes.

Selon une étude de la DREES que la Cour des comptes cite dans son rapport, le taux d'encadrement dans les Ehpad est passé de 59 à 63 Équivalents temps plein (ETP), pour 100 places installées, soit une augmentation moyenne de 6,5%. Pour les aides-soignants, « *le ratio est passé de 17 ETP pour 100 places à 20* » et pour les infirmiers, il est passé de 5 à 6.

Se référant à la grille Aggir (qui mesure le niveau de dépendance), elle calcule : « *l'écart entre le taux d'encadrement en personnel de soins et le ratio issu du modèle GIR correspondrait à un besoin d'augmenter l'effectif de soins de 45 % (plus 18 postes en équivalent ETP pour 100 places), croissance qui ferait augmenter le taux d'encadrement global de plus de 25 %.* »

Une formation à renforcer

La qualité de la prise en charge dépend aussi de la qualification du personnel. Dans son rapport, la Cour des comptes constate que, parmi les aides-soignants, « *peu nombreux sont ceux qui ont reçu une formation d'assistants de soins en gériatrie* » et « *cette qualification, lorsqu'elle existe, n'est pas exploitée au mieux faute de temps* ».

Elle note aussi que les titulaires d'un diplôme d'Aide médico-psychologiques (AMP) « *n'accomplissent que rarement des missions distinctes des autres aides-soignants (AS).* »

Pour les infirmiers, « *la spécificité de l'accompagnement et le niveau de responsabilité en Ehpad* », nécessitent, du point de vue de la Cour des comptes, « *la reconnaissance d'une spécialisation en gériatrie, voire d'une capacité [sic] en pratique avancée* ».

Problèmes de recrutement et d'attractivité

Les difficultés de recrutement de personnel soignants en établissement et le manque d'attractivité de la filière sont aussi soulignés.

Afin de faire face aux vacances de postes, « *beaucoup d'établissements ont recours à du personnel contractuel de courte durée sur des fonctions d'aide-soignant* », indique-t-elle.

16 JANVIER 2023

La défenseure des droits publie un rapport sur le suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad.

Voici ce qu'on peut lire :

« En vue de répondre aux besoins des résidents, la Défenseure des droits réitère sa recommandation formulée au ministre des Solidarités et de la santé de fixer un ratio minimal de personnels travaillant en Ehpad en fonction du niveau d'autonomie et de soins requis des résidents, avec un objectif de norme d'encadrement de 8 Équivalents temps plein pour dix résidents. La Défenseure des droits précise qu'il s'agit d'un ratio minimum de personnels soignants/animateurs participant directement à la prise en charge du résident, qui sont "au chevet" du résident, plus particulièrement aux moments clés de la journée (lever, toilette, repas, coucher).

La Défenseure des droits reste par conséquent attentive à ce qu'un ratio minimal d'encadrement soit défini, et rappelle qu'une augmentation du nombre de membres de personnel permettrait une amélioration de la prise en charge des résidents mais également des conditions

de travail des professionnels, et contribuerait ainsi à redonner de l'attractivité à ces métiers.

À ce titre, au grand nombre de postes vacants s'ajoute un important taux d'absentéisme qui touche massivement les métiers du grand âge, en lien avec la pénibilité des postes et le découragement lié aux conditions de prise en charge des résidents. Des professionnels témoignent auprès du Défenseur des droits qu'ils préfèrent quitter leur poste plutôt que continuer à travailler dans des conditions qui les rendent eux-mêmes maltraitants ou complices de certains actes.

Le plan en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge mis en place par l'État dès 2020 (Ségur de la santé, revalorisations salariales, campagnes successives d'information sur les métiers du grand âge, etc.) n'a pas permis de créer suffisamment de vocations, notamment en raison de la crise sanitaire (déficit de recrutement, effectifs en tension).

La Défenseure des droits recommande le renforcement, en urgence, du plan d'action visant à favoriser l'emploi dans les domaines de la santé, du handicap et des personnes âgées, notamment le renouvellement en 2023 de la campagne de recrutement initiée ces deux dernières années.

La Défenseure des droits rappelle que « les droits et libertés des résidents ne peuvent pas être une variable d'ajustement face au manque de moyens et de personnel au sein des Ehpad. »

16 JANVIER 2023

La Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa) (extraits) :

« La Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa) a pris connaissance du suivi des recommandations du Défenseur des droits sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad, publié ce lundi 16 janvier 2023.

Elle partage pleinement la recommandation urgente d'augmenter les personnels soignants et animateurs pour atteindre un ratio minimum de 8 ETP pour dix résidents.

Les établissements et services pour personnes âgées sont en effet confrontés depuis des mois à une situation

critique en termes de ressources humaines qui ne cesse de se dégrader. En septembre, une enquête de la Fnadepa menée auprès de ses 1 400 adhérents révélait que :

- 89% des directeurs font face à un manque de personnel.
- un établissement sur quatre gèle les entrées et 33% des services à domicile ne peuvent pas honorer intégralement les plans d'aide APA, en raison d'un manque de personnel, pour maintenir une qualité d'accompagnement décente.

La Fnadepa a d'ailleurs tiré la sonnette d'alarme à de nombreuses reprises, à l'instar des autres acteurs du Grand âge, des parlementaires et même de la Cour des comptes qui, en 2022, recommandait des dépenses et des investissements supplémentaires pour le secteur, afin de renforcer les ressources humaines dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires : soignants, psychologues, animateurs, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes...

La Fédération exhorte le Gouvernement à mettre en œuvre urgemment un « plan Marshall » des métiers du Grand âge – comprenant notamment 100 000 recrutements sur cinq ans – (pour un coût de 10 milliards) dans le cadre d'une réforme globale et ambitieuse du secteur.

3 AVRIL 2023

La Fédération Hospitalière de France réclame des mesures d'urgence pour prévenir une « crise des Ehpad »

« Une réforme législative ambitieuse ne peut ignorer l'impérieuse nécessité de programmer l'attribution de nouvelles ressources financières attribuées à la branche autonomie, pour affronter les besoins massifs à venir. Une loi de programmation est nécessaire, ainsi que des engagements clairs dès maintenant en vue de la prochaine loi de financement de la Sécurité sociale.

Le contexte d'inflation a révélé les limites du modèle de tarification des Ehpad. La FHF rappelle donc la nécessité de prendre des mesures d'urgence pour soutenir les Ehpad publics confrontés depuis des mois à d'importantes difficultés financières. À défaut, le service public du grand âge risque d'être durablement fragilisé.

La FHF, à travers les propositions qu'elle a formulée dès janvier dans son « Projet de loi Pour une société de la longévité », a proposé un ensemble de mesures

traduisibles au sein d'un texte législatif. Au regard de l'urgence à agir, tant au niveau des trajectoires démographiques du pays, que de la situation financière des Ehpad, cinq prérequis s'imposent pour répondre à l'exigence d'un texte ambitieux. Notamment :

- une programmation pluriannuelle des ressources supplémentaires pour la branche autonomie afin de permettre le financement des 100 000 postes supplémentaires de professionnels d'ici la fin de la décennie et la création de 10 000 solutions nouvelles d'accompagnement par an ;
- une généralisation d'un programme de détection des fragilités ouvert à tous à partir de 75 ans, ainsi que la reconnaissance d'un droit opposable à la prévention de la perte d'autonomie.

La FHF rappelle que la mise en place de ces mesures, nécessaires aux enjeux posés par le vieillissement de la population, ne peut se faire sans y affecter des moyens budgétaires nouveaux. Estimant le même chiffrage que celui de la Cour des comptes dans son rapport, la prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad, de février 2022, la FHF évalue à 10 milliards d'euros le besoin en mesures nouvelles. L'absence d'investissement à cette hauteur n'évitera en aucune façon l'augmentation des dépenses publiques liées au vieillissement au travers des hospitalisations complexes ou encore la multiplication des dépenses de soins

En parallèle des discussions législatives, des mesures d'urgence doivent être prises pour prévenir une « crise des Ehpad »

En janvier dernier, la FHF a présenté les résultats de l'enquête qu'elle a menée sur la situation budgétaire en fin d'exercice 2022. Cette enquête avait relevé plusieurs données qui permettent d'objectiver la situation budgétaire très dégradée des Ehpad publics :

- 39 % des Ehpad rencontrent des difficultés de trésorerie ;
- 85 % des Ehpad anticipaient un résultat fortement déficitaire à la fin de l'année 2022 (quand 45 % des

établissements avaient terminé 2019 avec un très léger déficit).

La FHF regrette qu'à la suite de la publication de ces données, les pouvoirs publics n'aient pas encore donné de réponse concrète aux difficultés financières inévitables des établissements. Sans adéquation des ressources face aux nouvelles dépenses liées à l'inflation et aux mesures de revalorisations salariales non compensées, les situations de cessation de paiement vont se multiplier sur le territoire. Des réponses de court terme doivent être rapidement trouvées, au risque de dégrader les équilibres budgétaires des Ehpad publics, rendant impossible tout projet d'investissement ou de modernisation.

Seule une programmation – sur le mode de la loi de programmation militaire – serait de nature à mettre en mouvement l'ensemble des acteurs, en organisant dans le temps la mise en œuvre effective des différentes orientations : mesures d'attractivité, recrutements, formation, investissement numérique et immobilier, transformation et développement quantitatif de l'offre. (...) ».

Tout le monde s'accorde à estimer à 10 milliards d'euros l'investissement nécessaire sur cinq ans.

10 milliards rapportés aux 513 milliards sur sept ans de la loi de programmation militaire : cela se passe de commentaires.

Pour L'UCR-FO

plus que jamais, la revendication d'un agent par résident dans les Ehpad est d'actualité.

De la même façon, **L'UCR FO revendique** la construction en nombre d'Ehpad publics pour faire face aux besoins liés au vieillissement de la population.

LA PROPOSITION DE LOI RELATIVE À « LA SOCIÉTÉ DU BIEN VIEILLIR »

C'est dans ce contexte qu'une proposition de loi « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France » a été présentée par les groupes parlementaires Renaissance et Horizon.

Elle a commencé à être discutée au parlement au moment où le Président de la République, passant outre la volonté de l'immense majorité de la population, promulgue en pleine nuit la loi injuste et injustifiée allongeant la durée de cotisation et repoussant l'âge de départ en retraite à 64 ans.

Cette proposition de loi relève de la provocation : en effet, comment oser expliquer que « bien vieillir en France, c'est vivre plus longtemps en bonne santé » alors que le recul de l'âge de départ en retraite de deux ans va aboutir à augmenter de façon considérable le nombre de personnes en invalidité, en arrêt maladie, en accident du travail ou en maladie professionnelle dans une situation où l'espérance de vie en bonne santé dans notre pays est en recul.

En réalité, les 14 articles de la proposition de loi initiale se contentent de mesurette qui ne répondent pas aux enjeux qu'engendre le vieillissement de la population.

D'ailleurs la députée « Renaissance » Monique Iborra, a renoncé à être rapporteure de cette proposition de loi, considérant que c'était « un grand gâchis » et elle a affirmé qu'elle « ne la votera pas » car les quelques propositions positives étaient tellement insuffisantes qu'elles en devenaient « cosmétiques ».

De même, la défenseure des Droits a indiqué que cette proposition n'était qu'un « piètre substitut à la loi grand âge qu'on nous avait promise. » Elle a critiqué cette proposition de loi en identifiant cinq axes qui, au passage, rejoignent nos revendications, notamment :

- **définir en urgence un ratio minimal d'encadrement** de personnes travaillant en Ehpad avec un **objectif de norme d'encadrement de 8 équivalents temps plein (soignants/animateurs) pour dix résidents** (comme cela se pratique dans certains länder en Allemagne, sachant qu'il y a dix ETP pour dix résidents dans les pays du Nord) ;

- clarifier et renforcer la **politique nationale des contrôles** : Les inspections réalisées par les agences régionales de santé et les conseils départementaux, ne disposent pas de référentiel commun comme base de contrôle. La défenseure des droits rappelle que les contrôles réalisés par les ARS doivent être réalisés sur place, de manière inopinée, et en lien avec les conseils départementaux.

Faisant fi de ces recommandations, la proposition de loi des groupes parlementaires Renaissance et Horizons préconise un certain nombre de mesures :

- une réforme de l'Aide sociale à l'hébergement : le gouvernement juge qu'une refonte de l'ASH « *dépend du devenir de la gouvernance et du modèle tarifaire des établissements* ». Ce sujet serait cependant conditionné aux conclusions de la mission de Christine Pires Beaune sur la potentielle fusion des sections tarifaires (hébergement, dépendance et soin). En tout état de cause, on peut considérer qu'il s'agit de la poursuite de l'aggravation des mesures contenues dans la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement portée par Marisol Touraine avec sa possibilité de déconventionner de l'Aide sociale les établissements publics qui pourront alors pratiquer des tarifs non plafonnés par le département ;
- l'étude des conditions de travail des aides à domicile (il est grand temps de s'en préoccuper, sans parler des rémunérations) ;
- une libéralisation du secteur de l'autonomie.

Pour mémoire, les établissements publics représentent 50 % des places en Ehpad et les deux tiers de l'offre en zone rurale. Le tarif mensuel des établissements privés est en moyenne supérieur de plus de 1 000 euros à celui des établissements publics (tarifs contenus du fait de leur fixation par le Conseil départemental qui finance les séjours pris en charge par l'Aide sociale dont il assure le paiement) avec un d'encadrement en personnel inférieur de 20 %.

Chacun le sait, les privatisations dans ce domaine mènent à une dégradation de la prise en charge. L'exemple d'Orpéa est encore dans toutes les mémoires avec son rationnement des couches, des portions de repas (des

biscottes) et du personnel, tout en dégageant une marge de 25 % grâce en partie à des fonds publics.

Enfin, la proposition de loi prône un « *virage domiciliaire* » et le développement de résidences autonomie et d'habitats inclusifs : c'est d'une

grande hypocrisie quand on sait que le secteur de l'accompagnement des personnes âgées à domicile est asphyxié sous le poids toujours croissant des demandes et du manque de moyens (il faudrait créer au bas mot 100 000 nouveaux emplois pour répondre aux demandes).

LE VIRAGE DOMICILIAIRE

Quelle découverte que d'énoncer que les personnes préfèrent rester chez elles ! Précisément, la question se pose lorsqu'elles ne sont plus assez autonomes pour pouvoir rester seules chez elles. Or le « virage domiciliaire » prôné par le gouvernement au nom de la découverte que les personnes préfèrent rester chez elles, n'est rien d'autre que l'adaptation à une dégradation et l'absence de prise en charge de la dépendance. En réalité ce soi-disant « virage » repose de fait entièrement sur les « aidants » avec l'aide des « services à domicile » dans la limite des possibilités financières de la personne âgée ou de sa famille.

Une étude a été faite sur la Métropole de Nantes qui recouvre 28 communes d'où il ressort que l'âge moyen des aidants est de 52 ans ce qui signifie que nombre d'entre eux travaillent en même temps qu'ils doivent s'occuper d'une personne dépendante.

Encore faut-il ajouter que les services à domicile sont également à la peine et manquent eux aussi de personnels en nombre suffisant (il en manquerait 50000 selon la fédération des Directeurs au service des personnes âgées).

Il faudrait développer sur le vécu des « aidants » dont pour certains, la vie personnelle s'arrête et dont 40% d'entre eux meurent avant les aidés.

■ Des programmes de résidences autonomie et autres habitats inclusifs

Ces habitats intermédiaires s'adressent à des personnes en GIR 4 à 6.

C'est une bonne chose dès lors que ces modes d'hébergements ne remplacent pas les Ehpad. Or de toute évidence, le gouvernement entend remplacer les Ehpad par ces modes d'hébergement.

Ainsi dans le département de Loire-Atlantique, l'ARS vient d'annoncer qu'il n'y aurait ni nouvelle place en Ehpad ni nouvel établissement pour les quatre années

à venir. Par contre, le Conseil départemental, appliquant en cela les directives gouvernementales relayées par la CNSA annonce le déblocage de plusieurs millions pour intervenir massivement sur le financement des opérations de constructions de résidences autonomie.

L'habitat inclusif, les résidences autonomie, le maintien à domicile ne peuvent en aucun cas remplacer et se substituer aux Ehpad pour deux raisons essentielles :

- il n'y a pas de personnel médical dans ces structures ;
- il n'y a pas de personnel non médical 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans ces structures. les personnes aujourd'hui quittent leur domicile le plus tard possible de sorte que si leur santé se détériore, il leur faudra quitter ces structures pour entrer dans un Ehpad.

N'est-ce pas une forme de maltraitance de devoir déménager encore une nouvelle fois quand on a plus de 80 ans ?

L'exemple de la Loire-Atlantique

Il existait dans la Métropole de Nantes cinq domiciles collectifs comprenant chacun 15 à 17 logements en plein centre de quartiers, avec du personnel 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 de nature à rassurer les résidents et leurs familles.

Notons une grande stabilité du personnel, sans problème de recrutement et un absentéisme minime. médecins et personnel paramédical passaient très régulièrement.

La CGT a contesté aux prud'hommes la prise en compte des heures de nuit du personnel comme du temps de travail de nuit et non comme une astreinte et ils ont gagné. Aussitôt VYV 3 a décidé de fermer les domiciles collectifs et malgré notre combat intersyndical pour le maintien de ces structures, le CA de VYV 3 a voté la fermeture.

Désormais, tous les résidents ont été obligés de partir et pour la plupart ont rejoint un Ehpad. Notons quand même que suite à cette décision de fermeture sept résidents sont décédés en un mois et demi.

VYV3 va transformer ces cinq domiciles collectifs en résidence autonomie et habitat inclusif sans personnel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 réservés à des personnes en GIR de 4 à 6 comme le préconise le gouvernement.

Notons que tout cela s'accompagne de plans de prévention dont il faudrait se pencher sur la pertinence et pour le moins procéder à des évaluations. Pour le seul département de Loire Atlantique, la Conférence des financeurs a financé à hauteur de 2528798 euros les projets entrant dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie dont les associations sont les principaux acteurs et donc bénéficiaires des fonds.

■ Virage domiciliaire : les politiques publiques n'en font pas assez selon un rapport de l'Institut des politiques publiques (IPP) – Mars 2023

Les politiques publiques et les particuliers prônent le « vieillir à domicile », mais le système actuel est-il prêt à accompagner l'arrivée en masse des personnes en perte d'autonomie ? Alors que les premières générations du baby-boom arrivent aux âges où la perte d'autonomie est plus fréquente, et que le défi démographique des années 2030-2040 approche à grands pas, le pôle Santé-autonomie de l'Institut des politiques publiques (IPP), avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), s'est penché sur l'avenir du virage domiciliaire, et ce qu'il implique. Pour ce rapport intitulé « vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives », trois dimensions du maintien des personnes âgées à domicile ont été explorées :

- les trajectoires des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- l'aide apportée par l'entourage ;
- les disparités territoriales.

Ses conclusions ne sont pas encourageantes : **« Les conditions d'un virage domiciliaire réussi pour les générations vieillissantes du baby-boom ne sont, aujourd'hui encore, pas réunies. »**, souligne le rapport. « La réponse des politiques publiques au défi démographique des années 2030-2040 devra être d'une ampleur bien plus importante que ce qui a été fait dans la dernière décennie. »

En cause principalement : l'hétérogénéité des résidents en établissement, le manque d'aidants proches à venir, des besoins de prise en charge des personnes âgées,

différents selon les départements (financeurs de l'APA), et les contraintes budgétaires qui pèsent sur eux.

Aujourd'hui, près de 10 % des seniors de 75 ans ou plus vivent en établissement d'hébergement, rappelle l'étude.

Si leur proportion restait inchangée à chaque âge et degré de perte d'autonomie, il faudrait pouvoir accueillir 108 000 personnes âgées supplémentaires en établissement d'ici 2030, selon la DREES¹.

Or, « la politique actuelle ne s'oriente pas vers le développement massif de nouvelles places en établissement ».

Comment faire dans ce cas pour accompagner une partie de ces personnes âgées à domicile ? Et comment s'organiser pour accueillir les autres en établissement (dans un même lieu, selon les mêmes modalités), en dépit de leurs caractéristiques différentes, notamment leur âge, toutes dimensions confondues ?

Pour répondre à ces questions, le rapport, **et c'est une « première », a documenté toutes ces dimensions** (limitations fonctionnelles, caractéristiques démographiques, diplômes, revenus, protection juridique).

Les personnes de moins de 75 ans vivant en Ehpad sont des personnes qui ne peuvent vivre à domicile pour plusieurs raisons :

- elles ont des limitations particulièrement importantes pour leur âge : ce sont des personnes handicapées vieillissantes, aux besoins d'aide assez importants, ou des personnes présentant des troubles psychiques ;
- les deux tiers sont sous protection juridique en établissement ;
- par ailleurs, ce sont des personnes plus isolées que la moyenne : 17 % (contre 7 % à domicile) sont célibataires (plus encore que divorcés, veufs, ou mariés), et sans enfant.

Quant aux résidents les plus âgés, ils ont bien plus de limitations cognitives que les personnes qui vivent à domicile.

¹<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/perde-dautonomie-pratiques-inchangees-108-000-seniors-de-plus>

Pour toutes ces raisons, « *les conditions économiques et sociales du soutien à leur autonomie à domicile doivent donc être anticipées* », préconise le rapport.

« Elles impliquent en particulier l'existence et la viabilité économique d'un important secteur de l'aide à domicile, ntendue au sens large ».

Ceci implique des aides à domicile aux personnes âgées, des livraisons de repas, des auxiliaires de vie pour la toilette. (...)

Cela concerne aussi une prise en charge sanitaire à domicile, qui correspondrait aux tâches assurées aujourd'hui par le personnel médical et paramédical des Ehpad.

« Vieillir à domicile plutôt qu'en établissement nécessiterait des aides bien plus importantes et diverses que celles fournies actuellement aux personnes vivant à domicile. »

Actuellement, les personnes vivant en Ehpad sont plus isolées que celles vivant chez elles. Un senior sur quatre en établissement n'a aucun enfant en vie, contre un sur dix à domicile, et un sur trois n'a aucun petit-enfant, contre un sur cinq à domicile.

Si, à l'avenir, plus de personnes sans enfant étaient amenées à vivre à domicile, se pose **la question de leur accompagnement**.

Globalement, la proportion de personnes sans enfant ni conjoint devrait augmenter parmi les hommes en perte d'autonomie (de 6 % en 2015 à 11 % en 2040),

et diminuer puis se stabiliser chez les femmes. **Dès les années 2030, les aidants proches viendraient donc à manquer, notamment pour les hommes âgés qui seraient de plus en plus nombreux à n'avoir ni conjoint ni enfant.**

Le virage domiciliaire risque donc de faire peser une responsabilité de plus en plus importante sur un nombre réduit de personnes, d'où l'impératif de l'accompagner *« d'une politique de soutien aux aidants familiaux, et d'une réflexion sur leur rôle ».*

Sans parler des fortes disparités territoriales entre les départements, avec des taux de perte d'autonomie et d'offre en Ehpad très différents.

Sans résolution de la question budgétaire, le virage domiciliaire ne pourra réussir conclut-il, d'autant plus que les coûts de l'accompagnement des personnes âgées à domicile sont amenés à progresser **avec la revalorisation des aides à domicile**.

Pour l'UCR-FO revendique

Plus que jamais, la création de 100000 postes pour tous les services d'aide à domicile et une amélioration de leur rémunération, de leur formation et de leurs conditions de travail est indispensable pour permettre une prise en charge répondant aux besoins. C'est ce que revendique l'UCR FO.

Laissons le mot de la fin provisoire au syndicat FO des cadres hospitaliers.

Que cherche finalement le gouvernement ? La mort des Ehpad publics, avant celle des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) ?

Actuellement 86 % des Ehpad publics sont déficitaires. L'inflation et les multiples mesures statutaires ou catégorielles non financées sont à l'origine de ce phénomène. **Conséquence : les choses s'aggravent avec des effets directs sur la qualité des soins et de l'accompagnement des personnes âgées.**

Les lignes de trésorerie sont épuisées au point de menacer le versement des salaires des agents. Les institutions bancaires refusent dorénavant de combler ces déficits structurels en accordant de nouvelles lignes temporaires de trésorerie. **De quels leviers disposent alors les directeurs quand les financeurs refusent d'entendre leurs voix ?**

Et ces réalités économiques sont aggravées également par les inégalités territoriales. Les taux d'évolution des tarifs hébergement des établissements habilités à l'aide sociale sont aléatoires sur le territoire et tributaires des moyens voire du bon vouloir de chaque département. Mais aucun ne couvre l'inflation galopante et le non-financement des mesures catégorielles. Les taux d'évolution de la valeur du point GIR pour la dépendance sont disparates et l'évolution est encore plus faible que pour le tarif hébergement, avec un décrochage abyssal par rapport aux coûts réels. Le dumping budgétaire devient alors une réalité économique. Les autorités de tarification questionnées sur le sujet se renvoient la balle. **Qui restent les plus démunis ? les directeurs...**

Le Congrès Fnadepa des 22 et 23 juin 2023 réuni à Nancy dénonçait les difficultés du secteur de la gérontologie, entre manque de ressources humaines et de financements. Son Président déclarait en ouverture « *depuis quelques années, avec la période de Covid-19, l'affaire Orpée... et sans doute pour beaucoup d'autres raisons, diriger un établissement pour personnes âgées est devenu un défi de chaque jour, un exercice de funambule* ».

Le GR31 a fait une déclaration commune lors du Conseil de la CNSA du 22 juin en présence du ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées dénonçant « *la situation veut que des mesures financières d'urgence soit prises, non pas au titre de la seule branche autonomie de la Sécurité sociale mais émanant de tous les financeurs à hauteur de leur contribution et de leur légitimité dans cette politique* ». Le GR31 interpellait le Ministre sur le fait « *[qu']aucune politique de l'autonomie ne pourra se construire sans financement, ce que nous attendons c'est ce choix politique condition pour appréhender le choc démographique qui n'est pas une simple expression mais une réalité bien partagée qui ne trouve à ce jour aucune traduction politique à la hauteur des enjeux.* »

Le Ministre a, de son côté, affirmé être pleinement mobilisé pour « *répondre à l'urgence et préparer l'avenir* ». Il a insisté sur trois chantiers permettant d'avancer sur « *des mesures de*

.../....

fond pour apporter des réponses pérennes » qui doivent se concrétiser dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2024. 1) le recrutement de 50 000 postes de soignants supplémentaires à l'horizon 2027, 2) la simplification du financement de l'aide à domicile et 3) une redéfinition du modèle économique des Ehpad. Concernant ce dernier chantier, un groupe de travail a été installé le 15 mai dernier pour étudier notamment : la situation financière des places habilitées à l'aide sociale, la fusion des sections soins et dépendance, la généralisation du tarif global, les groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux ou encore l'évolution de l'offre en Ehpad.

Déni ? Peut-être pas, mais il semble que deux mondes coexistent sans interaction. Le virage domiciliaire est une réponse, mais pas la réponse. Les personnels manquent mais d'autres recrutements sont programmés d'ici à 5 ans. Les déficits s'accumulent mais la solution est une fusion des financements existants. De nombreux services ferment ce qui implique évidemment que demain nos concitoyens seront sans solution et ceux qui subsistent seront regroupés. **Les directeurs étaient incrédules devant l'absence de réponse. Ils sont usés, meurtris d'être délaissés.** Aujourd'hui bon nombre ne croient plus aux effets d'annonce ni au fait qu'une grande Loi résolve miraculeusement tous ces problèmes endémiques.

La DGOS devrait faire des propositions pour les Directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S) prochainement. Avant que le défaitisme ne l'ait définitivement emporté. Il paraît essentiel de s'engager dans une mobilisation forte et déterminée. Le CHFO y veillera et y est prêt. **La voix des directeurs doit porter et être entendue.** Selon ce que la DGOS annoncera, il faudra juger collectivement de la suite et agir pour que les collègues directrices et directeurs soient justement reconnus, valorisés dans leurs fonctions, responsabilités et compétences.

Des centaines de collègues vivent le même quotidien et sont préoccupés par le devenir des populations qui nous sont confiées. Si cette crise du financement se pérennise, elle va conduire à la paupérisation accélérée de l'accompagnement de nos aînés dans l'hexagone, à la dégradation des conditions de leur prise en charge et inévitablement cela nuira à la continuité même de l'activité des Ehpad habilités à l'aide sociale. Il n'est pas possible de rester les bras croisés à attendre que nos structures s'effondrent. Il est devenu impératif de voir des mesures concrètes pour maintenir l'activité de nos établissements et garantir l'attractivité du métier de D3S. Une autre vraie responsabilité « *politique* » du moment !

GLOSSAIRE

APA	Allocation personnalisée d'autonomie versée par le conseil départemental
ARS	Agences régionales de santé chargées du pilotage régional du système national de santé
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
Dotation dépendance	Prise en charge par le département, elle couvre des dépenses de personnels (agent des services hospitaliers, aides-soignantes, aides médico-psychologiques), de fournitures d'usage unique, équipements liés à la dépendance (déambulateurs, etc.)
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GIR	Groupe Iso-ressources, cela correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée
GMPS	Groupe Iso-ressources (GIR) moyen pondéré « soins »
GCSMS	Groupement de coopération social et médico-social, inspiré du groupement de coopération sanitaire, il s'adresse spécifiquement au secteur social et médico-social. Il permet aux établissements sociaux et médico-sociaux et éventuellement avec un ou plusieurs établissements sanitaires, de rassembler une partie, voire toutes leurs activités sociales et médico-sociales, pour les gérer en commun
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie, montant prévisionnel établi annuellement pour les dépenses de l'assurance maladie
Tarif de soins PARTIEL pris en charge par l'Assurance maladie	Il couvre les soins suivants : salaires des auxiliaires médicaux (infirmiers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, aides-soignantes) et du médecin coordonnateur de l'Ehpad, les actes des infirmiers libéraux, le petit matériel (compresses, seringues...), le matériel médical (canne, fauteuil roulant manuel...)
Tarif des soins GLOBAL pris en charge par l'Assurance maladie	Les frais suivants sont pris en charge, en plus des soins compris dans le tarif partiel : la rémunération des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'Ehpad, ou des auxiliaires médicaux libéraux (ergothérapeutes, kinésithérapeutes), certains examens de biologie et de radiologie et certains médicaments.

Signez la pétition des organisations syndicales et associatives des retraité.es

**UCR-CGT/UCR-FO/CFTC/CFE-CGC/FSU/
SOLIDAIRES/FGR-FP/LSR/E&S-UNRPA**

Depuis 2017, les retraité-e-s ont perdu au minimum 10% de leur pouvoir d'achat. Cette situation est liée au refus du gouvernement de prendre réellement en compte l'inflation qui dure (en particulier sur les produits de première nécessité) malgré les discours officiels.

Face à cela, les organisations UCR CGT, UCRFO, CFTC, CFE-CGC, FSU, SOLIDAIRES, FGR-FP, LSR, E&S-UNRPA vous invitent (que vous soyez retraité.es ou non) à signer la pétition suivante :



**+ 10 % d'augmentation
immédiate en 2023
de nos retraites et pensions**

**Ce n'est que justice sociale
pour bien vivre sa retraite**

Nom : Prénom :

Signature :



PARCE QUE
LE COLLECTIF
VOUS PORTE

VOTEZ
FO
force-ouvriere.fr

**RETRAITÉ UN JOUR,
SYNDIQUÉ TOUJOURS !**



ucr.force-ouvriere.org

Pour plus d'informations :

**prenez contact avec votre délégué syndical,
ou avec l'UDR FO de votre département
ou directement avec l'UCR FO**

Union Confédérale des Retraités Force Ouvrière

141 avenue du Maine – 75014 Paris

pbarbier@force-ouvriere.fr

01 40 52 84 22