

**ASSEMBLEE GENERALE D'ALERTE DU 10 JUIN 2009**  
**RAPPORT D'ORIENTATION présenté par J.GIARD**

Ce rapport d'orientation traitera d'abord du contexte, puis des propositions d'activités, enfin du fonctionnement de notre association.

**Dans quel contexte se situe notre assemblée générale ?**

Ce contexte est celui d'une crise sans précédent auquel le gouvernement a répondu par le lancement d'un plan de relance. C'est aussi la circulaire budgétaire du 13 Février en application de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2009, la loi dite Bachelot, le report à cet automne d'un projet de loi sur le cinquième risque, un troisième plan Alzheimer.

**Le plan de relance** : C'est 50 millions d'euros consacrés à de l'investissement. Selon Valérie LETARD, « le nombre de places en établissements autorisés passerait de 7500 à 12500 cette année. Cela revient à créer en moyenne 3 maisons de retraite médicalisées par région. » Proposition immédiatement contestée par l'AD\_PA qui précise qu'avec 50 millions d'euros, on ne peut créer que 4 à 5 établissements. Ce qui implique une participation importante des collectivités locales ou le recours à l'emprunt, autrement dit l'impôt ou une participation des usagers plus importante. Le rapport de la Cour des Comptes de 2005 et 2008 indique que les besoins des personnes âgées ne sont couverts qu'à moitié.

Selon une étude de la DRESS du 15 Mai dernier,

**De ce fait, "le nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées s'établit en moyenne pour la France entière à 127 lits pour 1.000 habitants âgés de 75 ans et plus". "Le taux d'équipement global mesuré ici conventionnellement par rapport à la population âgée de 75 ans et plus, continue de diminuer : il est passé de 166 places pour 1.000 personnes fin 1996, à 140 pour 1.000 fin 2003, et atteint 127 pour 1.000 fin 2007", note-t-elle. "**

***En effet, entre début 2004 et début 2008, la population âgée de 75 ans ou plus a augmenté beaucoup plus rapidement (+14%) que le nombre de places en institutions.***

"Il faut mettre en cohérence les annonces gouvernementales et les budgets à venir".

**La Fédération Hospitalière de France (FHF) et l'ensemble des Conférences de CHU, de Centres Hospitaliers, des Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), de l'Association des Hôpitaux locaux, du syndicat de gérontologie clinique, des représentants des usagers dénoncent l'insuffisance de moyens accordés à ce secteur et soulevé le risque de réduction des personnels soignants, notamment d'aides à domicile. Ces organisations demandent au gouvernement de financer les crédits du plan solidarité grand âge 2008, "soit 850 millions d'euros", de renforcer la prise en charge des personnels soignants en maisons de retraite en assurant leur financement (estimé à 400 millions d'euros), et de préciser les crédits attribués au plan Alzheimer, sachant que "les franchises médicales seront très insuffisantes".** **"Le gouvernement annonce des mesures qu'il ne peut financer, c'est inacceptable"** affirme, Gérard Vincent, délégué général de la FHF, évoquant le Plan solidarité grand âge et le plan Alzheimer. Alors que les annonces envers les personnes âgées se multiplient, les moyens réellement accordés ou surtout prévus en 2008 restent nettement insuffisants" signalent les professionnels. **Ce déficit de moyens en 2008 risque d'entraîner, l'arrêt du renforcement des personnels** soignants dans les maisons de retraite, alors que le niveau de perte d'autonomie et donc de prise en charge des résidents ne cesse d'augmenter affirment les représentants des directeurs d'établissements. *"On commence à parler de non-remplacement d'aides-soignantes"*, a affirmé Jean-Marie Vatel, président du syndicat de Gérontologie. Cela va se traduire, par une diminution du temps de soins au lit, pour les repas, et par une accentuation de la pénibilité du travail pour les personnels. **La médicalisation de plus en plus importante des maisons de retraite**, qui accueillent aujourd'hui une majorité de personnes très dépendantes, a alourdi la part du personnel soignant dans le budget des établissements.

En Isère, les deux schémas départementaux ont programmé pour 2006-2010 la création de 1404 en EHPAD pour les P.A. dépendantes et les P.H. vieillissantes dont 305 doivent ouvrir cette année et 440 places en foyer d'hébergement, foyers de vie, etc... Mais en 2010 ces programmes ne seront pas réalisés entièrement faute de crédits de médicalisation.

**La circulaire budgétaire du 13 Février** : les dispositifs préconisés par cette circulaire (tarifs plafonds, convergence tarifaire entre structures, non opposabilité des conventions collectives...) constituent une remise en cause du Plan Solidarité Grand Age de médicalisation et d'amélioration de la qualité. Ce dispositif se traduira dès cette année par la réduction des moyens en personnel soignant d'un nombre important d'établissements publics mettant en péril la qualité des prestations dans un secteur qui prend en charge les plus vulnérables. Cette réduction des moyens s'inscrit dans un mouvement durable qui prendra de l'ampleur à chaque exercice budgétaire alors que les besoins et attentes des personnes âgées sont croissants. » De nombreuses associations ont émis les mêmes protestations dont le président de l'assemblée des départements de France qui dénonce un nouveau désengagement de l'Etat.

**La loi HPST** : Nous avons tenu une importante réunion d'information. Je n'y reviens pas sinon pour souligner encore la déclaration de 25 grands patrons hospitaliers pour qui le maître mot n'est plus la santé, mais la rentabilité ; la préoccupation centrale n'est plus le malade mais le compte d'exploitation de l'hôpital ; et les premières victimes en seront les patients et les soignants.

Sans entrer dans des considérations techniques, la commission des affaires sociales du Sénat a quelque peu rogné les pouvoirs des ARS et préconisé le retour des collectivités dans la gouvernance hospitalière.

La majorité des sénateurs a supprimé les dispositions en faveur de l'accès aux soins qui se trouvaient dans le texte initial du projet de loi. La suppression du testing qui permet d'évaluer par des tests le taux de refus de soins ne peut que favoriser cette pratique.

Fin 2005, l'association Médecins du Monde a décidé de réitérer une enquête de testing, cette fois auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes de France.

Les résultats sont les suivants :

- 37% des médecins testés refusent les soins aux bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME),
- 10% des médecins testés refusent les soins aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Plus récemment, l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques de juillet 2008 démontre que plus d'un tiers de ces bénéficiaires de la CMU-c a déjà connu un refus de soins de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent médecin ou pharmacien.

En février 2009, un sondage LH2/CISS indique que les refus de soins touchent essentiellement les personnes aux revenus les plus faibles.

**Le cinquième risque** : Promis par Nicolas Sarkozy durant la campagne présidentielle, le chantier de la prise en charge de la dépendance devait initialement faire l'objet d'un projet de loi en 2008, puis début 2009. Mais selon le gouvernement, la crise est venue compliquer la question du financement.

Le financement de la prise en charge de la dépendance reposera "*d'abord sur la solidarité nationale*" même s'il faudra aussi trouver d'autres modes de financement, a déclaré jeudi 14 mai la secrétaire d'Etat à la Solidarité Valérie Létard.

*"Nous sommes conscients du fait et nous souhaitons que le « cinquième risque » (la dépendance, ndlr) repose d'abord sur la solidarité nationale", a déclaré Valérie Létard lors du colloque consacré à la prise en charge de la dépendance organisé à Paris.*

*"Mais, nous avons aussi le sentiment qu'il faudra peut-être mobiliser d'autres moyens de financement. A ce titre, la question de contribution liée au patrimoine et celle d'un recours à la prévoyance collective et individuelle seront versés au débat qui va s'ouvrir. Je noterai à ce sujet que si une majorité de Français restent attachés à la couverture publique de la dépendance, la part de ceux qui pensent qu'elle doit être complétée par une assurance complémentaire augmente : elle est notamment plus élevée chez les 40 ans. »*

Or que nous disent précisément les Français ? Selon un sondage réalisé par la SOFRES pour la FHF,

**Une carence de la prise en charge des personnes âgées par les pouvoirs publics.** 71 % des Français sont insatisfaits de la réponse des pouvoirs publics concernant la prise en charge des personnes âgées, avec un taux et un niveau d'insatisfaction en constante progression depuis 2004. Ce jugement est d'autant plus sévère, que 78 % des Français estiment que les problèmes et la prise en charge

des personnes âgées ne sont pas suffisamment abordés dans le débat et l'action publics.

**Les familles se sentent impuissantes pour prendre en charge la dépendance de leurs proches.** Plus de la moitié des Français (55 %) se sentent dans l'impossibilité de prendre en charge un proche dépendant ou en perte d'autonomie. Ce sentiment d'incapacité est majoré par le fait que 76 % déclarent ne pas pouvoir s'acquitter du coût moyen mensuel d'une maison de retraite.

Concernant la question du financement : 45 % des Français pensent que la prise en charge de la dépendance par la solidarité nationale doit être fonction des ressources de la personne âgée dépendante, quand 19 % se prononcent pour la solidarité nationale pour tous et 24 % pour l'effort individuel. (12 % ne se prononcent pas).

D'une certaine façon, l'instauration du cinquième risque, viendrait parachever le programme social élaboré par le Conseil National de la Résistance qui voulut faire de la protection sociale, le socle du vivre ensemble, la base du compromis social.

C'est pourquoi, les partenaires sociaux et les organisations composant le GR31 demandent que le gouvernement présente enfin un texte sur lequel pourra s'engager et se conclure une véritable concertation, tenant compte des réflexions menées, afin d'aller vers la création d'un nouveau champ de la protection sociale d'aide à l'autonomie. Les signataires rappellent leur exigence d'un financement reposant, très majoritairement, sur la solidarité collective, une gestion de proximité assurée par les Conseils Généraux et une garantie d'égalité de traitement apporté par l'existence d'une caisse nationale (CNSA).

Dans son rapport d'Août 2008, la très officielle Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) écrit : « de 1990 à 2006, la contribution des financeurs (ménages, entreprises et administrations publiques) s'est progressivement modifiée avec un accroissement de la participation des ménages en contrepartie d'une diminution sensible de celle des entreprises et dans une moindre mesure des administrations publiques. Cette hausse s'observe d'avantage pour le risque maladie que les ménages financent désormais à plus de 50%. »

Ce rapport poursuit : « La structure du financement s'est profondément transformée. Jusqu'au début des années 1990, la protection était financée à hauteur de 80% par des cotisations sociales. Durant les années 1990, la part des impôts et taxes affectée dans le financement de la protection sociale a fortement progressé : de 3,5% des ressources en 1990, elle est passée à 21,2% en 2006 alors que le poids des cotisations sociales a diminué pour atteindre 66% en 2006. C'est pour la maladie que les ménages contribuent le plus au financement : 55% des ressources de ce risque proviennent des prélèvements sur les ménages, 35% des entreprises, 10% des administrations publiques »...

Selon le rapport de la mission du Sénat chargé de faire des propositions sur le 5<sup>ème</sup> risque, le coût du reste à charge pour les familles dans les établissements reste beaucoup trop élevé : il est en moyenne supérieur à 1600 euros par mois. Il est plus important que les ressources du pensionnaire en établissement jusqu'à des niveaux de revenus approchant 2000 € par mois. Près de 80% des personnes en EHPAD doivent faire appel aux ressources de leurs proches pour financer leur prise en charge.

**Les acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social réaffirment leurs propositions au regard du projet gouvernemental de création d'un cinquième risque destiné à couvrir la perte d'autonomie. Ils demandent :**

- La reconnaissance d'un nouveau champ de protection sociale d'aide à l'autonomie.
- La création d'une prestation de compensation, universelle et personnalisée (personnes âgées et personnes handicapées), quel que soit l'âge, le projet de vie et le lieu d'habitation de la personne.
- La mise en place d'un plan personnalisé de compensation, élaboré avec la personne, et sur la base d'un référentiel national comprenant les aides humaines pour tous les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, transferts/déplacements), les aides pour la participation à la vie sociale, les activités domestiques, les aides techniques, l'adaptation du logement ou du véhicule.

- Un financement basé sur un socle élevé de solidarité nationale assis sur tous les revenus (du travail et du capital). Le recours à l'assurance privée doit rester un dispositif complémentaire.

Les acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social rappellent qu'ils sont opposés à la prise en compte du patrimoine des personnes. Cette mesure est dissuasive (il suffit de se rappeler l'échec de la prestation spécifique dépendance qui avait introduit le recours sur succession) et non solidaire.

La gouvernance de cette nouvelle prestation suppose une caisse nationale allouée de ressources nouvelles, garantissant l'égalité de traitement sur les territoires tout en préservant les réponses individualisées au regard de l'environnement de la personne.

Le CA propose que nous prenions l'initiative d'une action dont la forme est à déterminer avant la rentrée parlementaire.

**Le troisième plan Alzheimer** : **Le financement du plan Alzheimer est également insuffisant** déclarent les participants, faisant référence aux 800 millions d'euros escomptés par le gouvernement grâce au produits des franchises médicales instaurées au 1er janvier 2008 pour financer les plans de lutte contre la maladie d'Alzheimer et le cancer et le développement des structures de soins palliatifs. Il est difficile de chiffrer le plan Alzheimer, mais il est clair que les franchises ne sont pas à la hauteur des enjeux et qu'à l'évidence ce plan n'est pas financé pour l'instant,

Une des mesures phares de ce plan concerne la création de « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » (MAIA).

L'enjeu est de mettre fin au désarroi des familles qui ne savent à qui s'adresser et qui sont perdues dans de nombreux dispositifs mal articulés et cloisonnés.

Ce sera un lieu de coordination associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social : un guichet unique et une porte d'entrée unique pour les utilisateurs. Lieu d'orientation de la prise en charge, avec le conseil de médecins, des assistants sociaux, pour construire un parcours de prise en charge personnalisée avec l'aide du coordinateur ; lieu d'information des familles, de soutien et d'accompagnement des aidants.

En Isère, la finalité du projet de réseau isérois de MAIA est d'expérimenter un dispositif garantissant l'égalité d'accès et l'équité de traitement à tous les malades d'un même territoire.

En réponse à cet objectif, l'organisation se présente ainsi : une MAIA départementale, 13 MAIA territoriales, 5 réseaux référents (Vienne, Bourgoin-Jallieu/Pont de Beauvoisin, Voiron, Agglo Grenobloise, Matheysine) regroupant les acteurs sanitaires, médico-sociaux, associatifs, etc...

### **QUELQUES PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR LA RENTREE :**

- Les suites au colloque : le domicile. A l'inauguration de la MDA, G. Pérez a soutenu le « souhait légitime des personnes de vivre chez elles. C'est une priorité ».
- Initiative cinquième risque.
- Demi-journée d'étude sur les CVS et les associations de familles dans les établissements le 22 Octobre.
- Participation à la semaine bleue.
- Conférence Marie de HENNEZEL le 20 Novembre en partenariat avec PREMALLIANCE.
- Réflexion futur schéma gérontologique.

### **A PROPOS DU FONCTIONNEMENT DE NOTRE ASSOCIATION :**

Le rapport présenté par J.C.CHERHAL a montré la diversité et la pertinence de nos interventions. Par le nombre et la qualité de ses adhérents, ses propositions, par ses actions, notre association a acquis une certaine autorité

Notre dernier conseil d'administration a engagé une première réflexion sur le fonctionnement de notre association avec l'objectif de la rendre encore plus efficace par une participation plus collective du C.A.

J'ai fait part au C.A. de ma décision de me retirer de la Présidence. C'est au Conseil d'Administration que vous allez élire qu'il reviendra d'élire son bureau et son ou sa présidente. Mais il m'a semblé, en accord avec le CA, qu'il me fallait vous faire part de cette décision.