

Sommaire :

Page 1: Edito; Activités de l'Association

Page 2: Rapport d'information de la mission parlementaire sur les EHPAD

Page 3 : suite du rapport EHPAD

Page 4: suite du rapport EHPAD; avis du CDCA sur le projet régional de santé

Page 5 : suite avis du CDCA

Page 6 : Lu pour vous

EDITO

Depuis le 30 janvier, un mouvement sur la situation des EHPAD s'est enfin engagé. Il s'ajoute à celui des hôpitaux. Ces secteurs qui se manifestent peu (pas assez) n'en peuvent plus des conséquences des contraintes budgétaires qui ne leur permettent plus d'assurer correctement leurs missions.

La conséquence pour les personnes âgées est particulièrement grave. Que faut-il de plus pour que la société et les politiques les considèrent alors qu'ils représentent 25% de la population ?

En plus de subir une non revalorisation des retraites (les retraites ont ainsi baissé de 7%), l'augmentation de la CSG ,les coûts exorbitants des prix de journée en EHPAD, le reste à charge croissant de



l'aide à domicile (alors que le nombre d'heures accordées par les plans d'aide APA diminuent), il leur faut entendre les leçons de morale du Président de la République et du gouvernement .Les « nantis » que nous sommes doivent comprendre qu'il faut aider les personnes en activité .Mais avons-nous attendu que les « maîtres du pouvoir » nous le demandent pour aider nos familles et pour bénévolement faire fonctionner une grande partie des associations ?

Le Président de la République avance l'insuffisance d'argent pour répondre aux besoins. Cela ne l'a pas empêché de supprimer en partie l'Impôt de Solidarité sur la Fortune, ce qui a entraîné une baisse de recettes pour l'Etat de 4 milliards. Il a trouvé les crédits nécessaires pour répondre aux demandes des armées.

Deux parlementaires ont remis un rapport sur les EHPAD. (Il est détaillé dans ce bulletin). Elles préconisent 31 mesures qui apporteraient un mieux certain .Elles avancent un financement nécessaire de 8 milliards .Impossible pour le gouvernement qui annonce à grand renfort de communication des mesurette : 20000 postes pour les EHPAD ;Ramené aux 7200 EHPAD cela fait 2 postes par établissement .Rien que dans le département il faudrait 200 postes.

Le Président nous culpabilise sur la dette. Mais il suffirait que les moyens soient mis pour juguler et punir la fraude fiscale. Elle est estimée par le ministre chargé des comptes publics à 60 milliards, soit le déficit de la France. Qu'attend-on aussi pour prendre des mesures contre l'optimisation fiscale laquelle permet légalement d'échapper à l'impôt ?

Alors avant de donner des leçons, Monsieur le Président mettez de l'ordre dans l'injustice faite aux classes moyennes et à fortiori aux plus vulnérables par la politique néo libérale que vous conduisez.

Claudette Brialix
Présidente de BVE36

Activités de BVE 36

Elisabeth GAUMENDY, Louise HUGAULT, Ginette BAILLY, Claudette BRIALIX ont pris une part très active aux mouvements de grève des personnels des EHPAD, comme au mouvement des retraités. (Signature de pétition, intervention dans les médias, etc.). Ginette BAILLY et Claudette BRIALIX faisaient partie de la délégation reçue le 30 janvier par le directeur de Cabinet du Préfet et le président du Conseil Départemental.

Claudette BRIALIX a participé à l'émission les experts sur France Bleue le 27 mars (thèmes sur les retraités). Elle a également suivi les réunions avec l'Uriopss sur les questions sociales et médico sociales.

En projet avec le CDGI : travailler sur les relations avec les familles et la prévention et gestion des conflits.

COMMISSION des AFFAIRES SOCIALES & Rapport d'information de la Mission sur les EHPAD

Notre dernier bulletin (N° 30 de Décembre 2017) relatait l'audition de notre fédération, la FNAPAEF, par Mme Iborra, députée chargée d'une « Mission Flash » relative aux EHPAD. Il publiait également une synthèse des propositions issues de cette mission qui suggérait entre autre la mise en place d'une **mission d'information centrée sur des visites de terrain**. Ces travaux ont été menés au sein de la Commission des Affaires Sociales conjointement par Mmes Iborra (La République en Marche) et Fiat (Les Insoumis), députées. Nous relations ci-dessous un résumé de leurs conclusions et de leurs propositions. La totalité du rapport daté du 18 mars 2018 est consultable sur le site de l'Assemblée Nationale.

Après avoir visité 19 établissements en France et à l'étranger, les rapporteuses ont structuré leur diagnostic et leurs propositions autour de trois axes:

•Le constat largement partagé sur le terrain est celui d'une prise en charge insatisfaisante malgré d'excellentes initiatives;

•Le modèle même de l'EHPAD doit être repensé à partir des meilleures innovations et expérimentations, en vue d'offrir un service plus qualitatif, centré sur les besoins du résident et des personnels, à la fois sur le plan des soins, sur celui de l'innovation technologique et du développement des alternatives à la surmédicalisation et à la surmédication ;

•La gouvernance et le financement des EHPAD devront être réinventés pour s'adapter à ce nouveau modèle.

Les rapporteuses pensent que cette crise des EHPAD est l'aboutissement d'une insuffisante adaptation de notre société à la réalité et aux conséquences du vieillissement.

Une lecture plus détaillée du rapport met en évidence plusieurs points maintes fois constatés et dénoncés par nombre d'associations et syndicats:

***Les EHPAD ont à faire face à une population plus âgée et plus malade avec des sous-effectifs considérables (temps moyen consacré à chaque résident inférieur à 1 h par jour), pas en rapport avec les besoins des résidents, entraînant des mauvaises conditions de travail et « une maltraitance institutionnelle ».**

Le nombre de résidents très âgés dû à l'allongement de l'espérance de vie et à l'avancée en âge des générations nées dans l'entre-deux guerres est aussi la conséquence de la priorité donnée au maintien à domicile et de la diminution du nombre de places en unités de soins de longue durée (USLD). Un résident d'EHPAD cumule en moyenne 7,9 pathologies et le personnel visité a estimé que 70 à 80% des résidents seraient atteints de démén-

ces. L'évaluation est difficile car les grilles AGGIR et PA-THOS ne prennent qu'insuffisamment en compte ces maladies. Les effectifs ne correspondent pas aux besoins et présentent une forte variabilité selon les départements et le statut de l'établissement (taux d'encadrement ehpad : privés commerciaux 49,3 ; privés non lucratifs 59,6 ; publics hospitaliers 64,1 ; publics territoriaux:65,1).

Selon la DRESS en 2015, 44 % des EHPAD et jusqu'à 49% des EHPAD privés lucratifs rencontrent des difficultés de recrutement. Problèmes aussi pour recruter des médecins coordonnateurs (1/3 des EHPAD en seraient dépourvus) qui pourtant dans la pratique sont souvent obligés de pallier l'absence de médecins traitants.

***La réforme de la tarification (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et équations tarifaires) a accru la complexité de financement, engendrant des inégalités importantes au détriment des acteurs publics.** Et de plus,

seuls les établissements privés perçoivent le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE).

***Le reste à charge demeure conséquent pour les familles alors que certains départements se désengagent financièrement.**

La politique du grand âge a été vue essentiellement sous l'angle financier. Longtemps le débat a suivi une activité législative particulièrement espacée de 1962 à 1975, à la création de la prestation sociale dépendance (PSD)

remplacée par l'A.P.A et la loi de 2002. La canicule de 2003 a été une prise de conscience tardive qui a rouvert le débat. La journée de solidarité a été instituée et la CNSA créée. Cette caisse a destiné 9,7 milliards d'€ à la prise en charge des personnes âgées en 2016 dont plus de 80% ont été dirigés vers les EHPAD.

Depuis ces 15 dernières années les débats intenses ont donné lieu à de nombreuses propositions sur les questions de la dépendance et la mission regrette que peu d'entre elles ont été mises en œuvre.

Les rapporteuses remarquent qu'il n'est probablement pas sain que les dernières réformes aient confirmé la compétence départementale sans s'interroger sur la pertinence de cet échelon. De même, l'appui nécessaire donné au développement du domicile ne s'est accompagné d'aucune réflexion sur les conséquences pour le modèle d'hébergement.

Enfin, elles notent que débats et rapports n'ont pas abouti à des décisions assurant la pérennité du financement.

Aucun des choix fondamentaux n'a été tranché et la création du 5ème risque a été tout simplement abandonnée au profit de réformes moins systémiques. De ce fait, les nombreuses avancées obtenues ces dernières années n'ont permis que des progrès partiels et limités.



Suite rapport Mission EHPAD

CONCLUSION DE MME MONIQUE IBORRA, CO-RAPPORTEURE

On ne réglera pas en quelques mois une situation qui n'a pas été traitée suffisamment dans sa globalité ces dernières années, en ce que les personnes âgées et certains des plus âgés, ont besoin d'un accompagnement spécifique vers la fin de leur parcours de vie, qui va bien au-delà du décor d'un hôtel 3 étoiles...

Le monde politique, les parlementaires notamment, doivent s'emparer du problème qui repose à la fois sur des choix stratégiques, financiers, mais aussi sociétaux où l'humain doit avoir une place prépondérante.

La sphère politique dans son ensemble ne saurait à aucun moment se retirer du débat, qui laisserait la place à des intérêts particuliers, et se contenter de mesures à efficacité limitée.

Le législateur, le gouvernement et les citoyens associés ont une obligation sociétale de résultat. C'est ce que cette mission a tenté d'initier et c'est ce qui devra être poursuivi.

CONCLUSION DE MME CAROLINE FIAT, CO-RAPPORTEURE

Face à l'urgence sanitaire et sociale dans laquelle se trouvent les EHPAD, il faut revenir aux fondamentaux d'une véritable politique de solidarité pour le vieillissement.

Ainsi, rien ne sera possible sans une détermination largement partagée de remettre la personne, qu'elle réside ou qu'elle travaille en EHPAD, au cœur de nos choix. Il faudra aussi, au-delà des très belles propositions que formule la mission, réfléchir à ce que nous voulons comme philosophie pour les établissements.

Les errements de la réforme de la tarification, les très dures conditions de travail des professionnels mais aussi les réussites observées par la mission, notamment dans le secteur public et associatif, les exemples étrangers, nous montrent tous que l'accompagnement de nos aînés ne saurait reposer sur la recherche du profit, que certains poursuivent encore malheureusement.

Au contraire, il nous revient à présent de ne plus compter que sur les sentiments nobles que nous avons pour les plus fragiles en nous en donnant les moyens.

LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 Rendre opposable une norme minimale d'encadrement en personnel « au chevet » (aides-soignants et infirmiers) de 60 ETP pour 100 résidents, dans un délai de quatre ans maximum, ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel.

Proposition n° 2 Orienter prioritairement vers les EHPAD l'attribution des nouveaux contrats « parcours emploi compétences » et encourager le recours aux jeunes en service civique par les EHPAD.

Proposition n° 3 Actualiser les compétences des aides-soignants et réfléchir à une revalorisation de leur statut.

Proposition n° 4 Mettre en place un grand plan national de communication sur les métiers de la filière gérontologie.

Proposition n° 5 Donner un véritable droit de prescription au médecin coordonnateur, tout en augmentant son temps de présence en EHPAD.

Proposition n° 6 Prévoir le financement du temps de coordination indispensable à la télémédecine en EHPAD.

Proposition n° 7 Accompagner les EHPAD dans leurs efforts de prévention, par le biais de financements dédiés.

Proposition n° 8 Mettre en place une consultation à domicile gratuite prise en charge par l'Assurance maladie, à 65 ans puis à 70 ans, destinée à évaluer l'état de santé et la dépendance et à informer le bénéficiaire des aides disponibles.

Proposition n° 9 Mettre en œuvre un plan de rénovation permettant de mettre en conformité les établissements qui ne répondent pas aux standards de confort minimum.

Proposition n° 10 Réviser l'arrêté du 26 avril 1999 afin de donner aux résidents des EHPAD une qualité de vie adaptée à notre temps.

Proposition n° 11 Réformer la procédure d'évaluation externe des EHPAD, en prévoyant la mise en place d'une véritable certification, et la publication d'indicateurs de qualité pour chaque établissement.

Proposition n° 12 Créer un comité de simplification des normes en EHPAD (normes architecturales, hygiène, sécurité, risques climatiques et sanitaires notamment) associant les usagers et les établissements.

Proposition n° 13 Créer un centre national chargé d'évaluer et de labelliser les nouvelles technologies utilisables à domicile et dans les EHPAD et mettre en place une plate-forme de location de ces nouvelles technologies à destination des établissements.

Proposition n° 14 Construire sous l'égide de la CNSA un cadre relatif aux expérimentations permettant de définir très tôt la phase d'évaluation et un éventuel projet de généralisation.

Proposition n° 15 Piloter au niveau de l'administration centrale une stratégie pragmatique de simplification technique et réglementaire en faveur des nouvelles technologies.

Proposition n° 16 Encourager la création d'établissements entièrement dédiés à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Proposition n° 17 Augmenter le nombre des places d'hébergement temporaire, programmé ou d'urgence, et d'accueil de jour.

Proposition n° 18 Faciliter la mixité entre résidences autonomie et EHPAD en supprimant l'article D. 313-24-3 du code de l'action sociale et des familles.

Proposition n° 19 Prévoir dans tous les EHPAD des ateliers de soutien aux aidants.

Proposition n° 20 Équiper chaque EHPAD d'un véhicule adapté.

<p>Proposition n° 21 Favoriser le développement de maisons médicales au sein des EHPAD, notamment en milieu rural.</p> <p>Proposition n° 22 Faire des EHPAD des « points relais » dans le cadre du développement de la télémédecine.</p> <p>Proposition n° 23 Étendre les expérimentations d' « EHPAD hors les murs » en identifiant à cette fin un soutien financier dédié dans le budget de la CNSA.</p> <p>Proposition n° 24 Suspender la réforme de la tarification « dépendance ».</p> <p>Proposition n° 25 Établir un véritable droit d'option des établissements entre tarif partiel et tarif global.</p> <p>Proposition n° 26 Réformer l'aide sociale à l'hébergement en vue de la rendre plus accessible :</p> <ul style="list-style-type: none"> – en supprimant la mise en jeu de l'obligation alimentaire et en révisant les principes de la récupération ; – en instaurant un « bouclier » sur les revenus plus généreux. <p>Proposition n° 27 Confier la gestion de l'aide sociale à l'hébergement aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)</p> <p>Proposition n° 28 Garantir une place habilitée à toutes les personnes éligibles à l'aide sociale en imposant un niveau minimum de places habilitées dans l'ensemble des établissements.</p> <p>Proposition n° 29 Ouvrir un débat national sur les nouvelles ressources du financement de la politique de l'autonomie des personnes âgées, en vue d'aboutir d'ici 5 ans.</p> <p>Proposition n° 30 Engager une réflexion pour identifier l'acteur le plus pertinent pour conduire effectivement la politique de la perte d'autonomie au niveau local.</p> <p>Proposition n° 31 Organiser un transfert de charges depuis le forfait hébergement vers les deux autres forfaits socialisés en vue de diminuer le reste à charge.</p>	<p>Suite rapport Mission EHPAD</p>	<p>développement de maisons médicales au sein des EHPAD, notamment en milieu rural.</p>
--	---	---

Avis du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) sur le projet régional de santé

Résumé du projet adopté à l'unanimité moins trois abstentions en séance plénière du 26 mars 2018.

1) Concernant le cadre d'orientation stratégique.

Diagnostic posé, mais l'approche régionale ne prend pas assez en compte la diversité régionale. *Un aménagement du territoire ne peut favoriser les seules métropoles au détriment des zones rurales sans aggraver encore les inégalités territoriales. Zones rurales dépourvues de services publics de proximité, déplacement obligé pour consulter médecins, spécialistes et professions paramédicales alors que les autorisations d'utilisation de VSL sont très réduites.*

La population âgée, isolée est insuffisamment accompagnée. Le plan régional de santé affirme la volonté émise par le HCFEA dans ses propositions mais qu'en est-il du plan de financement correspondant ?

Quant à favoriser l'inclusion des personnes malades ou handicapées, pourquoi retarder la mise en conformité d'accessibilité dans les espaces publics, les transports, les bâtiments ?

▪ Mieux coordonner les politiques publiques influant sur la santé.

Que de structures mobilisant de très nombreux secteurs pour une efficacité relative tant les déterminants essentiels leur échappent ! Que d'injonctions contradictoires rendent impossible la mise en œuvre d'une réponse adéquate !

▪ Agir sur les principaux risques environnementaux.

La prévention est toujours bonne. Mais dans un environnement où les pesticides sont tolérés, où la qualité de l'alimentation se pose, une réflexion nationale, européenne et mondiale s'impose.

▪ Promouvoir une logique territoriale d'organisation de l'offre de santé et faire face au défi de la démographie des professions de santé.

Des maisons de santé sans médecins ou des médecins à temps partiel, des EHPAD sans médecins coordonnateurs et avec des médecins prescripteurs insuffisants. Sans mesures coercitives sur leur installation comment assurer un maillage du territoire ? La médecine libérale est-elle la seule réponse ? Il est nécessaire d'augmenter le numérus clausus des professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aides soignants).

2) Concernant le Schéma Régional de santé.

Sentiment général d'une approche qui ne prend pas suffisamment et précisément en compte les disparités existantes entre

les différents départements de la région centre.

Axe inégalités territoriales et environnementales de santé

Chapitre 1 : coordination des politiques publiques

Un catalogue d'intentions mobilisant de nombreux secteurs pour une efficacité incertaine. La signature de contrats locaux de santé risque de présenter un affichage trompeur pour la population.

Chapitre 2 : inégalités environnementales

Les modalités de mise en œuvre dressent un catalogue de mesures dont l'application engage des responsabilités multiples non coordonnées et soumises aux réglementations nationale et européenne en vigueur lesquelles ne répondent pas aujourd'hui aux problématiques énoncées.

Axe accès au système de santé.

Chapitre 1 : prévention-promotion de la santé

Elle commence dès le plus jeune âge. La PMI accompagne la petite enfance mais en milieu scolaire la prévention est insuffisante voire même absente. Il n'y a ni médecin ni infirmière scolaire dans notre département. Les visites obligatoires ne sont pas assurées; alors que la prévention passe d'abord par le contrôle de la vue, de l'audition et de l'hygiène bucco-dentaire. Qui contrôlera que les vaccinations obligatoires sont bien effectuées ?

Au collège et lycée, l'information sur les addictions (alcool, drogue, jeux vidéos, sexualité) repose sur les seuls professeurs et infirmiers d'établissement (quand ils sont en nombre suffisant).

La promotion de la santé mentale essentielle au vu de l'évolution de la société (ruptures familiales, conséquence des addictions..) qui devrait débiter en milieu scolaire est loin d'être à la hauteur des enjeux.

La promotion de la santé passe aussi par la prise en compte des risques psychosociaux dans les milieux professionnels publics et privés. Or la médecine du travail voit son rôle réduit. Les petites entreprises, les artisans, les commerçants, les agriculteurs, les indépendants n'ont pas accès à la médecine du travail.

Il faut aussi prévenir les risques de surmédication, iatrogénie, procédures et protocoles de soins éthiquement acceptables., « Réduire l'impact sur la santé des inégalités sociales » sans s'attaquer à celles-ci est réducteur. Les conditions de vie (nourriture saine, logement décent, lieu de travail pas trop

éloigné, proximité d'un service public, bonnes conditions de travail...) sont des déterminants essentiels pour la santé de tous. Les résultats attendus à 10 ans ne mentionnent quasiment qu'alcool et tabac.

Chapitre 2 : personnes vulnérables démunies.

Le programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) mentionne que l'approche régionale doit intégrer l'écart économique et social entre le nord et le sud de la région centre. Si cette région fait partie des 5 régions les plus riches, le Cher et l'Indre présentent un taux de pauvreté entre 14 et 20%. L'accès à la prévention et aux soins des plus démunis doit particulièrement intégrer ces éléments de diagnostic. Un rapprochement du PRAPS avec les orientations des plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées doit être privilégié.

Chapitre 3 : évolution de l'offre sanitaire.

L'objectif ne peut faire abstraction de la grave désertification médicale et paramédicale dont souffre notre département:

15000 personnes sans médecin traitant; plusieurs mois d'attente pour consulter un spécialiste; impact sur le recours aux urgences pour renouveler des ordonnances.

Des maisons de santé ont été créées et des aides consenties par de nombreuses communes et intercommunalités. Le conseil départemental a également attribué des aides. Mais les professionnels de santé attendus ne viennent pas. Rien ne peut se faire sans des mesures contraignantes. Les Indriens s'acquittent comme chaque français de leurs cotisations sociales et de leurs impôts, sans bénéficier en retour de l'offre sanitaire qu'ils sont en droit d'attendre.

Les soins palliatifs ne reposent que sur une seule équipe et ne parviennent pas à répondre à la demande. En fin de vie des décès surviennent avant que le service n'ait pu intervenir. Idem quand l'accompagnement est nécessaire pour franchir une étape difficile de la maladie.

Le soutien aux professionnels de santé existants ou à venir repose sur des services assurés par le conseil départemental qui n'engage pas l'Etat.

La télémédecine ne fonctionnera que quand un personnel compétent sera à chaque bout de la chaîne (infirmière et médecin) et que les actes correspondants seront codifiés par la sécurité sociale.

L'organisation des soins non programmés suppose que les cabinets médicaux soient ouverts hors des plages horaires de travail des salariés en général et que les secrétariats soient mieux formés à l'écoute des patients afin de ne pas opposer un barrage systématique à la demande.

Pour le parcours de l'utilisateur, la plateforme via trajectoire ne doit être qu'un outil et non traduire des mesures d'injonctions qui vont à l'encontre du respect de la personne et de la recherche de son consentement tels que définis par la loi.

Les recompositions hospitalières ne doivent pas aboutir à la suppression des services de proximité. Certains territoires sont à plus de 60 km du centre hospitalier le plus proche. Un accueil d'urgence et d'orientation doit demeurer en proximité.

La finalité du groupement hospitalier du territoire ne doit pas être la mutualisation à tout prix pour une économie de coût mais créer une réelle efficacité de l'organisation.

La pénurie de médecins généralistes et spécialistes oblige à des hospitalisations et des soins dans des CHU de départements limitrophes au détriment des établissements du département qui se retrouvent avec des lits vacants (rentabilité).

Conséquence: une désertification plus importante du département de l'Indre.

Chapitre 4: évolution de l'offre médico-sociale

Ce chapitre doit être abordé avec des notions plus précises et explicites afin que les objectifs soient envisagés avec une per-

ception plus claire des impacts sur l'organisation, les fonctionnements et équipements actuels. Relativement aux personnes handicapées, les objectifs d'inclusion et de prévention avancés rencontrent une attente profonde de ces personnes désireuses d'accéder enfin à la reconnaissance de leur place au sein de notre société. Mais la manière de réaliser cet objectif n'apparaît pas clairement.

Ainsi l'objectif de diversification des accompagnements à domicile et l'évolution du fonctionnement des SAVS et SAMSAH n'est pas assez précisé.

Une approche plus volontariste doit être recherchée concernant l'accompagnement des parents d'enfants handicapés au moment de l'annonce du handicap ou de la maladie, y compris en termes de prévention. Pour la prise en charge, il est observé l'importance de respecter les choix de vie de l'intéressé ou des parents de l'enfant concerné.

Pour les aidants, la notion de répit doit prendre des formes diverses. Soutien psychologique par la médiation par exemple, pas obligatoirement la séparation de l'aidant et de l'aidé.

Le PRS n'aborde pas suffisamment les carences en matière de transport et d'accessibilité. L'accès aux consultations des professionnels de santé déjà rare dans l'Indre, est très souvent difficile à cause de locaux inadaptés aux handicapés (escaliers, marches, locaux exigus...). Les personnes souffrant de maladies évolutives et invalidantes qui utilisent des fauteuils électriques et doivent se déplacer hors département pour leurs soins, peinent à trouver des transports adaptés.

Enfin, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) doit considérer que parmi les personnes en grande précarité se trouvent aussi des personnes en grande dépendance ainsi que leurs aidants. Ce cumul génère bien souvent des situations d'isolement extrêmes.

Pour les personnes âgées, la sécurisation et la qualité de la vie à domicile repose sur des services d'aide à domicile en grandes difficultés. Les métiers pénibles et précaires en raison d'une variation permanente de la demande sont insuffisamment reconnus et rémunérés d'où une difficulté de recrutement. Le reste à charge est croissant pour les usagers et la couverture des coûts de ces services par les financeurs est insuffisante.

Le nombre de lits en SSIAD ne répond pas à la demande et renvoie les malades vers un accompagnement classique qui outre une coordination très perfectible entraîne un reste à charge pour la patient. Il n'y a donc pas égalité de traitement sur le territoire.

Concernant les EHPAD, la crise latente de leurs situations éclate au grand jour. Cette crise est parfaitement posée par le rapport parlementaire de Mmes Iborra et Fiat (présenté le 15 mars) et ne peut être ramenée au seul problème de management comme l'avait indiqué Mme la Ministre des solidarités. Ce rapport qui fait 31 propositions n'engage pas l'exécutif. Cependant le gouvernement a mis en place des groupes de travail sur l'évolution des personnes accueillies et du modèle EHPAD et réfléchit à des réponses concernant les rémunérations des personnels. La problématique du vieillissement de la population (et la perte progressive d'autonomie en découlant) apparue lors de la canicule de 2003 n'a reçu aucune réponse politique à la hauteur de l'enjeu de société qu'elle représente. Les nouvelles procédures de tarification ont aggravé les conditions de soins des résidents.

La multiplicité de systèmes d'information entraîne des incompatibilités avec les partenaires et les médecins. La multiplicité des intervenants ne garantit pas la pérennité des logiciels et la sécurisation des données. Le personnel devra être formé. Son absence pour ce faire compensée pour assurer la continuité du service auprès des résidents.

Enfin l'amélioration de l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale vise à répondre aux besoins de proximité.

Lu pour vous

Le mouvement de grève des personnels des EHPAD a été largement relayé dans la presse, la radio et la télévision. La FNAPAEF a contribué à de nombreux articles dans plusieurs journaux (le Monde, Marianne, Paris Match, Le Particulier, etc ..) et la presse régionale.

Marianne (9 mars) dans son article intitulé « *Ainsi va (la fin) de vie* », écrit « *Accueil, soins et prix à géométrie variable, le choix d'un EHPAD relève souvent de la loterie.* ». Parlant de son mari atteint de la maladie d'Alzheimer, résident d'un EHPAD public, Eliane déclare : « *Je ne sais rien de sa vie, ni ce qu'il mange, ni son poids, ni s'il prend ses médicaments.* Une fois sur deux la chambre de son mari est fermée à clef. Lui est coincé et erre dans les couloirs sans but.

Delphine a décidé de retirer sa mère d'un EHPAD privé (4300 euros par mois). Delphine déclare « *J'ai vu des soignants en grande souffrance et je me suis dit que si mon argent ne contribuait ni à la qualité de vie de ma mère, ni même à celle d'une équipe soignante sans cap ni soutien, il était grand temps de changer.* ». On consacre en moyenne 12 minutes par jour pour les laver et les habiller soit 4 fois moins qu'il y a dix ans déclarent des soignants.

Paris Match a consacré plusieurs articles sur la maltraitance. Egalement un article intitulé « *le business de la dépendance* ».

Le Monde a consacré aussi plusieurs articles : *Hôpitaux, Ehpads : le soin saccagé*
Des soignants isolés, mis en concurrence, dans l'incapacité de bien faire leur travail : appliquées sans discernement depuis le début des années 2000, les méthodes de gestion issues du privé sont une catastrophe pour les institutions sanitaires et sociales.

Editorial du « Monde » du 30 janvier. *Le « cinquième risque » est en train de se rappeler au bon souvenir du gouvernement. Dix ans après le lancement du plan solidarité grand âge, visant à prendre en compte la dépendance comme un risque à part entière, au même titre que la maladie, les accidents du travail, la retraite et la famille, les moyens mis en œuvre ne sont toujours pas à la hauteur des enjeux. ...*

La réforme sur la dépendance de 2007, faute de moyens, n'avait pas tenu un quinquennat, Nicolas Sarkozy ayant renoncé à son financement dès février 2012....

Sous le précédent quinquennat, le gouvernement avait tenté de cacher la misère en essayant d'améliorer la répartition des moyens entre établissements, sans répondre toutefois au problème de fond. ...En se contentant de ce saupoudrage, l'Etat fait penser à certaines familles qui se donnent bonne conscience en faisant un chèque pour placer un aïeul en maison de retraite, et ensuite ne lui rend plus visite. La première étape dans ce dossier passe par une véritable écoute du gouvernement ».

Mais si voulez faire un bon placement le Monde diplomatique titrait en 2016

« *Excellent investissement anticrise* »

A leurs investisseurs, les sociétés en conseil de gestion de patrimoine promettent des taux de rentabilité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpads) compris entre 4 et 6 %, avec une fiscalité quasi nulle. « Investir en Ehpads : la solution à fort rendement ! Un marché en plein essor ! », promet ainsi la société P&F Management. « L'Ehpads s'avère un excellent investissement anticrise », clame un site Internet spécialisé.

Quand la finance est reine il n'y a plus aucune morale !!!

Il ne marchent pas vers la concertation !

Alors que tous les ministres en charge de la santé ont reçu depuis 15 ans la FNAPAEF, Madame BUZIN actuelle ministre des solidarités et de la santé vient de refuser de la recevoir .

BVE 36 Bulletin d'information

106 B Av de la Forêt 36330 Le Poinçonnet
Tél.: 02 54 27 30 22 e mail : claudette.brialix@wanadoo.fr

Directrice de la Publication : Claudette Brialix

Comité de rédaction : Sonia Drigny, Elisabeth Gaumendy, Louissette Hugault, Raymond Anstett.

« **Ceux qui vivent, ce sont ceux qui luttent** ». Victor Hugo

Rejoignez BVE 36

Association Bien Vieillir Ensemble dans l'Indre

BVE 36 106 Bis Avenue de la Forêt 36330 Le Poinçonnet

ADHESION

Nom:..... Prénom.....
Adresse:..... Profession.....
Tél..... Date de naissance.....
Adresse e mail.....

Le cas échéant préciser le nom du résident et de l'établissement d'accueil.....

La cotisation annuelle en tant que membre, famille ou ami, ou bienfaiteur est de 22 euros .Elle s'élève à 44 euros pour les associations ou autres organismes adhérents.

Merci d'établir votre règlement à l'ordre de :BVE 36 et de l'adresser 106 B Avenue de la Forêt 36330 Le Poinçonnet

(Un reçu au nom du titulaire du chèque sera adressé à l'adhérent)