



Dépendance ou Autonomie... Un choix de société.

L'Union Départementale CGT, avec ses syndicats de salariées actifs et retraités du secteur public et privé a pris l'initiative de rédiger un livre blanc sur les questions de la perte d'autonomie des personnes âgées.

L'objectif de ce livre blanc est de sensibiliser l'ensemble des acteurs, la puissance publique les organismes sociaux, les salariés(ées), les citoyens aux enjeux de société pour le droit à vieillir dans la dignité.

Le collectif syndical s'est entouré de compétences spécifiques pour élaborer ce document. Il s'est appuyé sur les ressources documentaires nationale et locale pour conforter le propos.

Les salariés(ées) du secteur public et privé ont contribué largement à sa rédaction ce qui légitime d'autant plus la démarche et le fond du sujet.

Il n'y a pas d'égalité devant la vieillesse. Tout au long de la vie, notre patrimoine biologique, notre éducation, le travail, les douleurs de toutes sortes conditionnent notre vieillissement.

Au moment où le gouvernement prépare une réforme sur la dépendance, et en l'absence d'un vrai débat national, la CGT s'invite dans la réflexion et avance des propositions.

La vieillesse crée de la fragilité, c'est cette fragilité à laquelle notre société doit répondre.



SOMMAIRE :

- Etat des lieux du secteur des services à la personne Page 3 à 9
- La Dordogne et les activités vers les personnes âgées Page 10 à 18
- La situation sociale et professionnelle des salarié(es) des SAP Page 15 à 18
- TEMOIGNAGES... Page 18 à 23
- Propositions CGT Page 24 à 28
- Glossaire et contacts Page 29



Etat des lieux.

Si l'espérance de vie (de la naissance à la mort) s'accroît (77,8 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes), l'espérance de vie en bonne santé est beaucoup moins élevée et a peu évolué (63 ans pour les hommes, 64,2 ans pour les femmes) et on voit tout de suite comment le report de la retraite à 62 ans vole les deux meilleures années de vie du retraité.

Il faut y rajouter la dégradation des conditions de travail pendant toute une vie professionnelle, qui pèsent sur l'état de santé à la retraite. Ainsi, les besoins de prise en charge de la perte d'autonomie vont s'accroître fortement dans les années qui viennent.

Pour Bernard Ennuyer, sociologue, « *La dépendance « incapacitaire » renvoie à un état de vieillesse, essentiellement individuel et biologique. La « dépendance - lien social » renvoie à une vieillesse qui est le résultat d'un parcours social et biologique, dans une forme d'organisation sociale déterminée. Suivant la vision que la société a de la vieillesse, les réponses apportées par les politiques sociales vont être totalement différentes. Réponse plus curative, plus médicale, plus individuelle dans le premier cas, réponse plus préventive, plus collective, plus correctrice des inégalités dues aux parcours sociaux, dans le second cas. »*

Du fait de l'imprécision de la notion de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes varierait de 300 000 à 1 500 000 selon la cause que l'on veut servir.

D'ici 2015, notre pays comptera 2 000 000 de personnes de plus de 85 ans contre 1 300 000 aujourd'hui.

L'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées à l'horizon 2040 serait de 1 à 1,5% par an. Les plus de 60 ans représentent aujourd'hui 22,3% de la population et pourraient représenter 1 habitant sur 3 en 2050.



Prise en charge de la dépendance en Europe.

Deux systèmes existent:

- une prise en charge qui s'appuie sur le travail et les cotisations sociales comme en Allemagne et aux Pays Bas, des programmes collectifs sont alors organisés.
- une prise en charge financée par l'impôt comme en Angleterre, Suède, Espagne. En Angleterre, la dépendance est traitée selon une logique individuelle. En Europe du sud, les ordres religieux et les assurances sont sollicités.

La prise en charge de la dépendance dans l'Union Européenne - Analyse comparée							
Pays	France	Allemagne	Angleterre	Danemark	Espagne	Italie	Pays-Bas
Taux de plus de 65 ans en 2010	16,60%	20,70%	16,30%	16,10%	16,90%	20,30%	15,30%
Taux de dépendance vieillesse* 2010	25,81%	31,17%	24,72%	24,98%	24,43%	30,99%	22,82%
Taux de dépendance vieillesse* 2030**	39,02%	46,23%	33,23%	37,85%	34,32%	42,45%	40,00%
Taux de dépendance vieillesse* 2060**	45,20%	59,08%	42,14%	42,66%	59,07%	59,32%	47,18%
Dispositif de prise en charge	Départements / Assurance maladie (si souscrite)	Assurance dépendance obligatoire	Service national de santé (soins) / Collectivités locales (assistance)	Service national de santé	Etat / Communautés autonomes	Etat / Régions / Communes	Communes
Nature des prestations	Espèces	Nature et espèces	Nature et espèces (+ de 65 ans)	Nature	Nature	Nature (Etat) et espèces (régions, communes)	Nature ou espèce
Prestations en fonction des ressources	Oui	Non	Oui (nature) / Non (espèces)	Non	Non	Non	Oui
Cotisation	Impôts / Dépend de l'assurance	1,95% des salaires	En fonction des ressources	Impôts	En fonction des ressources	Impôts	En fonction des communes
Nombre de bénéficiaires (en millions)	1,2	2,37	1,22	0,18	0,65	1,16	0,4

Source : Fondation Robert SCHUMAN

* nombre de personnes de plus de 65 ans rapporté au nombre de personnes de 15 à 64 ans

** estimations

Si l'on excepte l'Espagne, où la loi relative à l'assistance aux personnes dépendantes n'est pas encore totalement entrée en vigueur, les pays qui assurent la meilleure prise en charge de la dépendance des personnes âgées sont l'Allemagne, le Danemark et les Pays-Bas. En revanche, le dispositif public italien de prise en charge de la dépendance reste secondaire par rapport à la solidarité familiale. Quant au système anglais, il est particulièrement complexe, et l'organisation des services par les collectivités locales s'y traduit par une grande disparité des services offerts aux personnes âgées.

Pour en savoir plus : http://www.robertschuman.eu/question_europe.php?num=qe-196



La prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

La vieillesse est une étape de la vie et, comme les étapes de la vie, elle a des côtés positifs : temps libre, expérience, liberté; et des cotés négatifs: faiblesse physique et ou intellectuelle liées au vieillissement.

Dans la France d'après-guerre, nos politiques se sont réjouis du baby-boom, source de la reconstruction et de l'enrichissement du pays. Et maintenant que nous « les vieux » arrivons à la dernière étape de notre vie, on vient nous dire que nous devenons une charge, on nous reproche presque de ne pas être morts avant. Qu'ont fait les décideurs politiques pour organiser ce papy-boom qui ne pouvait survenir qu'après le baby-boom et les progrès de la médecine qui nous permettent de vieillir de plus en plus.

Comme tous les ennuis de santé, quel que soit l'âge, les pathologies liées à la sénescence doivent être prises en charge par la sécurité sociale.

La perte d'autonomie liée aux pathologies dues à l'âge, comme toutes les pathologies doivent avoir un traitement préventif, d'accompagnement et curatif pour s'adapter aux séquelles.

La perte d'autonomie n'est pas inéluctable, elle ne concerne que 5,4% des ouvriers et 2,2% des cadres et professions intellectuelles supérieures. En France, actuellement, à 80 ans, 83% des personnes sont autonomes.

L'entrée en maison de retraite se fait de plus en plus tard, actuellement entre 85 et 88 ans, on envisage dans les années à venir à 90 ans.

Actuellement, la France consacre 25 milliards d'euros par an pour la prise en charge de la perte d'autonomie, soit 1,4% du PIB*. (* voir glossaire)

En France, la prise en charge des personnes en perte d'autonomie est assurée par les EHPAD et à domicile par les services d'aide à la personne.

La gestion financière est assurée par la CNSA* créée par une loi en 2004. Depuis 2006 elle s'occupe à la fois des personnes handicapées et de l'autonomie des personnes âgées.



Historique du plan de développement des services à la personne (1953-2005):

Années	Ensemble des services à la personne	Mesures spécifiques
1953		Décret posant les bases de l'aide à domicile et réformant les lois d'assistance
1975		Allocation adultes handicapés (AAH)
1985		Allocation pour jeune enfant (APJE) Allocation parentale d'éducation (APE)
1987		Allocation pour frais de garde à domicile (AGED). Exonération de charges patronales des particuliers-employeurs handicapés ou âgés de plus de 70 ans
1991	Réduction d'impôt sur le revenu de 50 % ¹² sous-plafond	Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA)
1992	Agrément pour les organismes à but non lucratif pour la garde d'enfants et l'aide à domicile aux personnes âgées et handicapées	
1993	Chèque emploi service (CES)	Aide forfaitaire en faveur de la vie autonome à domicile des adultes handicapés (AFH)
1994		Substitution du complément d'allocation aux adultes handicapés à l'aide forfaitaire en faveur de la vie autonome à domicile des adultes handicapés
1996	Titre emploi service (TES) Les entreprises sont autorisées dans le champ des services à la personne Modification des conditions et des procédures d'agrément des prestataires Autorisation des comités d'entreprises à verser des aides aux salariés utilisant un intervenant à domicile	
1999	Réduction du taux de la TVA à 5,5 % pour les activités de services à la personne	
2001		Allocation de présence parentale (APP)
2002		Allocation personnalisée d'autonomie (APA)
2004	Transfert aux départements des politiques de solidarité	Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)
2005	Plan Borloo : Extension du champ Simplification de la procédure d'agrément CESU bancaire remplaçant le chèque emploi service CESU « préfinancé » remplaçant le titre emploi service Création de l'Agence nationale des services à la personne (ANSP)	Prestation de compensation du handicap (PCH)



Données sur l'état des lieux de la prise en charge de la perte d'autonomie.

● En France: Au 01/01/2009, il y a :

- 10,6 millions de personnes âgées de plus de 65 ans soit ; 16,7% de la population,
- 5,5 millions de personnes âgées de plus de 75 ans soit ; 8,8% de la population,
- 1,5 million de personnes âgées de plus de 85 ans, 2,4%,

● En dix ans la population française a augmenté de 6,8%

- La population de plus de 65 ans ; 12%,
- La population de plus de 75 ans ; 33%,

Smic au 1er janvier 2013
Smic horaire brut 9,43 €
Smic mensuel brut (base 35 heures) 1430,22 €
Smic mensuel net 1121,71€

● En 2000, il y avait 628 000 personnes âgées de plus de 65 ans en perte d'autonomie. 35,5% d'entre elles vivent en établissement.

- Actuellement 1,1 million de personnes en perte d'autonomie.
- En 2040, on estime le nombre de personnes en perte d'autonomie à 1,2 million.
- En 2050, la population française serait de 70 millions d'habitants.

Les personnes âgées de plus de 60 ans représenteraient 1/3 de la population totale.

● En fait, même l'INSEE reconnaît qu'il est très difficile de faire des projections sur le nombre de personnes âgées dépendantes en 2050, car tant de variables rentrent en ligne de compte.

Niveau des montants mensuels des pensions de retraite.

- chiffre INSEE 2004: moyennes: hommes:1625 € par mois
Femmes: 979 € par mois
- chiffre CARSAT 2010: 15 millions de retraités touchent 1112 € par mois.
- Moyennes: hommes:1426 € par mois
Femmes:825 € par mois

Selon une étude de l'Insee (2011) sur la pauvreté, près **d'un ménage français sur huit se situe sous le seuil de pauvreté, avec moins de 950 euros de revenu par mois.** C'est donc 13% de la population qui doit se contenter de cette somme pour boucler son budget.

-régime général, moyennes/hommes: 681 € par mois
Femmes:531 € par mois

-publique territoriale, (CNRACL/IRCANTEC) moyennes:1191 €
-publique hospitalier, (CNRACL/IRCANTEC) moyennes:1265 €

Pour la prise en charge de la personne en perte d'autonomie, les soins médicaux sont remboursés par l'assurance maladie,

La perte d'autonomie est assurée par l'APA*.
Budget 2011 de la CNSA*: 19,7 milliards €
15,8 milliards € ASSURANCE MALADIE
2,3 milliards € JOURNEE DE SOLIDARITE
1,15 milliards € 0,1% CSG.

Montant du minimum vieillesse :
(au 1er avril 2011).

Il est égal au montant total :
minimum des pensions (AVTS) +
allocation supplémentaire du FNS.

Il s'élève à : 8.907,34 € par an
pour une personne seule, à
14.181.30 € par an pour un couple.

Ces montants sont exonérés
totalement des prélèvements
sociaux sur les pensions de
retraite.

Des contributions des caisses d'assurance vieillesse...

En 2005, 891000 personnes âgées touchent l'APA.*

- 59% à domicile
- 41% en institution
- 43% relèvent du GIR 4

Le montant moyen de l'APA* : à domicile: 492 €
en institution: 403 €

*APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

*CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Pour le financement, 57% des français de 45 à 75 ans sont opposés au financement par une assurance privée.

Les moyens existants pour la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Beaucoup de maisons de retraite sont devenues des EHPAD. (Personnes Agées Dépendantes).

Il existe 6644 maisons de retraite ce qui représente 434 707 places.

Il y a 82 337 places en USLD (unité de soins de longue durée).

Il est offert aussi 154 851 places dans 2876 foyers logement.

Les 5664 EHPAD apportent 421 947 places complètes.

- 7979 places d'hébergement temporaires,
- 6125 places d'accueil de jour,
- 20% de l'activité est géré par le secteur privé.

Les soins à domicile se partagent entre le secteur public ; (Communal/intercommunal : CCAS ou CIAS dépendant d'un établissement de soins: SIAD)

Et,

Le secteur associatif,

Le secteur privé,

Il existe 91 030 « places » dans les soins à domicile.

La grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie :

• GIR 1 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

• GIR 2 : les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.

• GIR 3 : les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

• GIR 4 : les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage.

• GIR 5 et GIR 6 : les personnes peu ou pas dépendantes.



L'Aquitaine et les services à la personne.

En Aquitaine, 13,4 % des ménages recourent aux services à la personne en 2006, nettement plus qu'au niveau national (10,9 %).

À l'horizon 2020, 20 000 nouveaux ménages pourraient utiliser ces services, si les comportements de recours se maintiennent.

Le vieillissement de la population est le principal facteur de cette progression.

Cette tendance pourrait ainsi générer une activité pour 7 000 personnes supplémentaires dans ce secteur.

En 2006, la région compte 66 800 salariés dont la plupart ne travaillent qu'à temps très partiel.

Les contrats représentent de faibles volumes horaires et sont de ce fait, peu rémunérateurs.

Pour compenser, plus de la moitié des salariés du secteur cumulent des contrats de travail au sein du secteur et même en dehors.

Quatre salariés sur cinq sont embauchés par des particuliers employeurs ; la majorité des contrats est de moins d'une demi-journée par semaine.

Les autres travaillent pour des organismes agréés de services à la personne et bénéficient de conditions de travail un peu mieux encadrées, surtout dans la sphère publique.

La sphère privée, en plein développement, se positionne sur les services à la vie quotidienne.

Plus de 200 000 ménages utilisateurs d'ici 2020

Ménages utilisateurs de services à la personne

En 2020 Variation 2006/2020

Dordogne 28 900 1 900

Gironde 85 700 8 600

Landes 24 400 4 300

Lot-et-Garonne . . 20 000 1 300

Pyrénées-Atlant. . 43 000 4 200

Aquitaine 202 000 20 300

Estimation du nombre de ménages utilisateurs de services à la personne en 2020

Source : Insee - DGI, projections Omphale

La Dordogne premier département utilisateur de services à la personne
Les taux de recours varient dans les cinq départements aquitains :
Le maximum est atteint en Dordogne avec 15,1 % de recours et le minimum en Gironde avec 12,6 %.

La Dordogne, département fortement rural et âgé, a le taux de recours le plus élevé de France.

Chiffres à pondérer, car sont incluses les activités dites de confort pour les personnes non dépendantes (comme le jardinage...) et financées par le CESU.



La certification

Données sur la politique en faveur des personnes âgées en Dordogne.

-données démographiques: chiffres de fin 2007.

La Dordogne compte 118 000 personnes âgées de plus de 60 ans.

50 300 personnes âgées de plus de 75 ans.

11 600 personnes âgées de plus de 85 ans.

En 2010, 31,3% de la population a plus de 60 ans.

C'est supérieur à la moyenne nationale, le troisième département le plus âgé en France.

Entre 2010 et 2020, la proportion de personnes âgées va peu croître: 0,4%

D'ici 2040 la proportion de personnes âgées en Dordogne croit: moins de 20 ans, plus de 60 ans, plus de 75 ans.

- de 20ans + de 60 ans + de 75 ans

2007: 20,6% 30,2% 12,8%

2040: 18,4% 42,4% 21%

- Conditions de vie:

Fin 2006, 6230 personnes âgées bénéficient de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (50% régime général:3000 personnes, 30% régime agricole:2230 personnes)

Elle garantit un revenu de : 610 € pour personne seule.

1095 € pour un couple.

En Dordogne 5,3% des personnes âgées bénéficient de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse, 4,1% au niveau national.



Les établissements pour personnes âgées en Dordogne.

Les EHPAD publics autonomes:

- 851 lits hébergement complet,
- 16 lits hébergement temporaire,
- 15 lits accueil de jour,
- 30 lits pour personnes atteintes d'Alzheimer.

Les EHPAD publics hospitaliers:

- 1819 lits hébergement complet,
- 48 lits hébergement temporaire,
- 41 lits accueil de jour, dont 10 lits pour personnes atteintes d'Alzheimer,
- 78 lits hébergement pour personnes atteintes d'Alzheimer, 20 lits USLD.

Les EHPAD privés lucratifs:

- 1053lits hébergement complet.
- 16 lits hébergement temporaire,
- 9 lits accueil de jour,
- 24 lits pour personnes atteintes d'Alzheimer.

Les EHPAD privés associatifs:

- 936 lits hébergement complet.
- 8 lits hébergement temporaire, 17 lits accueil de jour. Les foyers logement:765 lits.

Les familles d'accueil: en 2008:

- 230 familles pour 482 places, surtout dans le Bergeracois.
- Places pour les personnes présentant des symptômes de démence:
- Hébergement permanent:224
- Hébergement temporaire:12
- Accueil de jour: 55

Pour en savoir plus (données nationales) :

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=15471&page=dossiers/personnes_agees/pers_agees_3graph.htm



Le schéma gérontologique.

- Le conseil général gère l'APA et organise la politique en faveur des personnes âgées par le schéma gérontologique (plan quinquennal).

En Dordogne: -11 000 personnes âgées ont droit à l'APA cela représente 9,3%; 7,8% au niveau national.

- 4200 de ces personnes âgées vivent en établissement ; (voir tableau GIR page 7)

GIR 1:23,9%

GIR 2:30,2%

GIR 3:15,3%

GIR 4:24,6%

- 6930 personnes âgées touchant l'APA vivent à domicile ;

GIR 1: 1,7%

GIR 2: 14,6%

GIR 3: 20,6%

GIR 4: 63,1%

- La Dordogne est partagée en 5 CLIC (comité local d'information et de coordination gérontologique, Périgueux, Bergerac, Sarlat, Nontron, Ribérac). Le CLIC est un guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage. Il rassemble toutes les informations susceptibles d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne.

Le CODERPA.

Le décret n° 82-697 du 4 août 1982 institue un comité national (CNRPA) et des comités départementaux des retraités et personnes âgées (**CODERPA***) qui interviennent dans de nombreuses instances de concertation pour participer à l'élaboration et au suivi de la politique gérontologique nationale et locale.

Le comité départemental des retraités et personnes âgées est un organisme consultatif placé sous l'autorité du Conseil général.

Le CODERPA diffuse l'information au niveau départemental, tant auprès des personnes âgées qu'auprès des acteurs chargés de mettre en œuvre les dispositifs en faveur des personnes âgées.

Le comité départemental de la Dordogne est constitué en trois collèges :

- collège des représentants des associations et organismes représentatifs des personnes âgées.
- collège des personnes en activité au sein des principales professions concernées par l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées.
- collège des personnes représentant les collectivités locales et principaux organismes qui par leurs interventions apportent une contribution significative à l'action en faveur des personnes âgées au sein du département.

A l'égard de ces derniers, il fait connaître ses avis et propositions sur les actions menées ainsi que les améliorations et modifications qui lui paraissent nécessaires. Il constitue un lieu de dialogue et de réflexion sur la politique gérontologique locale.

Avis du CODERPA Dordogne sur le projet de réforme du financement de la perte d'autonomie.

Le CODERPA de la Dordogne considère que le projet gouvernemental de prise en charge de la perte d'autonomie constitue, dans sa forme actuelle, une régression que la population âgée d'aujourd'hui mais aussi, ceux qui l'accompagnent dans cette phase de la vie, familles, acteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux, rejettent unanimement.

Des solutions alternatives existent qui, reprenant les éléments positifs du dispositif actuel et réformant sans casser ce qui peut y être amélioré ou ajouté, doteraient notre pays d'un outil dont jusqu'ici, nous n'avons pas à rougir.

La CNSA qui a prouvé la pertinence de ses interventions dans le cadre des missions qui lui ont été attribuées, doit devenir l'instrument de la gouvernance du 5ème risque à condition que des moyens financiers nouveaux, dont une grande partie par des transferts à son profit, lui soient alloués.

En Dordogne, le maintien à domicile est privilégié par rapport à l'entrée en institution.

L'accueil en famille d'accueil est développé.

- L'aide pour les personnes âgées à domicile est organisée par des associations à caractère national comme l'ADMR, ou des associations locales, des structures communales ou intercommunales (CCAS et CIAS), des structures rattachées à des établissements de santé (SSIAD), par des salariées indépendantes utilisant essentiellement le CESU et plus récemment par des entreprises privées.

Cela va de l'aide à la toilette, l'aide au lever et coucher, aide au repas, portage des repas à domicile, ménage et aide pour le ménage, aide aux transports, l'accompagnement pour les commissions, la prise orale des médicaments, la télé assistance (CASIOPEA).

Actuellement 74 structures travaillent dans ce secteur, dont seulement 28 ont eu l'autorisation du conseil général, 9 sont en cours d'autorisation et 37 n'ont encore pas autorisation soit 50 %.

La Dordogne est le premier département utilisateur des services à la personne.

-Dans le cadre de la dépendance, la prévention est mise en avant. Elle est organisée au niveau des CLIC en coopération et mutualisation avec les structures associatives, communales, intercommunales et de santé.

Cela passe par l'éducation à la santé : prévention des chutes, des escarres, l'incontinence, la nutrition, la polymédication, la surdité, l'isolement, la dépression.

- Mise en place du comité départemental «bien vieillir», en aidant les jeunes retraités à bien vieillir, cela en facilitant l'accès aux loisirs et à la culture.

- Mise en place du guide de soutien à domicile.

- Professionnalisation des intervenants en gérontologie.
- Développement des bonnes pratiques, lutter contre les maltraitances, encourager les démarches qualités.
- Mise en place de fiches professionnelles.
- Définition des modalités d'entrée et de sortie de l'hôpital.

La dépendance est évaluée par la méthode GIR1 à 6.

L'APA prend en charge du GIR 1 à 4, elle ne prend en compte que la dépendance, les soins sont pris en charge par la sécurité sociale.

En 2007, 11 100 personnes âgées ont droit à l'APA en Dordogne.

La volonté politique affichée par le conseil général pour proposer une politique publique départementale reste néanmoins un vœu pieux dans un contexte national, et au regard de la réalité observée dans les différentes structures des services à la personne.

En effet, les structures proposant les services (publiques et associatives) sont loin de répondre à ces objectifs par un manque de professionnalisation et par manque de moyens financiers. (Et voir propositions CGT, P. 32 à 36).

Données économiques et sociales dans le département : (2007/2008)

Les secteurs de la profession :

- 31 Associations
- 34 Action Sociale
- 16 secteur marchand
- 6 Associations intermédiaires
- 25000 particuliers employeurs

Les associations fournissent une très grosse majorité des services.

C'est un secteur économique non délocalisable, où l'emploi se développe mais la durée moyenne de travail n'est que de 451h/an...

Les services prestataires sont plus importants dans le secteur associatif et privé.

En 2007 : 14500 salariés pour seulement 4980 ETP (98% féminin avec une moyenne de 87h/mois).

Niveau d'emploi par secteur :

Privé : 3040 salariés correspondant à 1250 ETP

Public : 2285 salariés correspondant à 1207 ETP

Employeur : 9500 salariés correspondant à 2530 ETP

Des emplois à créer d'ici 2020.

Pour ces 20 000 ménages nouveaux demandeurs potentiels, 7 000 salariés de plus seraient nécessaires (2 500 emplois à temps plein). Cela suppose que les caractéristiques des salariés du secteur, en particulier en termes de nombre d'heures de travail, restent identiques dans les dix années à venir.

Dans le cas contraire, il est possible qu'une partie de ces besoins supplémentaires soit pourvue par des personnes déjà en poste mais à temps partiel dans le secteur.

Ces créations de postes de travail devront aussi être attractives en termes de rémunération et de perspectives de carrières.

L'amalgame persiste entre des activités de services que l'on pourrait qualifier de « confort » soutien scolaire, travaux ménagers ou de jardinage, dépannage informatique et des activités d'aide à la personne ; services à des personnes âgées, en perte d'autonomie et/ ou handicapées qui, pour la CGT, devraient relever d'un grand service public.

La situation sociale et professionnelle des salarié(es) des SAP.

Le constat : des emplois très précaires, un manque important de reconnaissance et de professionnalisation. (Emplois et structures de gestion).

La perception par les employeurs des métiers de l'aide à la personne est encore mal considérée.

Les témoignages des salariés(es) sont sans équivoques. Souvent perçu(es) comme des « bonnes femmes de ménage » ces salariés(es) en très grande majorité féminin manquent de reconnaissance professionnelle.

Les élus des collectivités CCAS ou CIAS, proposent 10H, 15H, 20H (prestataire et/ou mandataire) de travail offrant ainsi aux salariés un petit subside pour survivre économiquement.

On retrouve cette attitude parmi les responsables d'associations. Cette « charité » ne permet pas de définir une politique sociale et sanitaire digne de ce nom pour les personnes âgées.

Les contrats de travail souvent hors du code du travail. Il est fréquent de constater qu'une aide à domicile est titulaire depuis de nombreuses années d'un contrat de 15 h hebdomadaires alors qu'elle effectue un temps plein, voire au-delà...

La gestion des plannings de travail, l'évaluation des besoins des personnes bénéficiaires se font souvent dans l'urgence au détriment des bénéficiaires et des auxiliaires de vie.

Les déplacements sont importants et souvent les frais sont supportés tout ou partie par les salariés(es) payés(es) au SMIC. Le temps de trajet d'un bénéficiaire à l'autre n'est pas considéré comme temps de travail au mépris de la loi. Ce temps de trajet peut représenter jusqu'à 20 heures par mois non rémunérées.

Les fiches de poste, les fiches métiers ne sont souvent pas élaborées. Ce manque crée les conditions de la superposition et du transfert de tâches d'un métier à l'autre. On constate régulièrement que les glissements de compétences métiers de l'aide-ménagère à l'infirmière, provoquent trop souvent de la maltraitance à l'égard des personnes âgées, mais aussi aux salariées (pénibilités pathologie physique et psychologique).

Comme pour bon nombre de professions la pénibilité du travail des auxiliaires de vie n'est pas ou peu reconnue.

Les conditions d'exercice du métier d'auxiliaire de vie exposent les salariés à des facteurs de pénibilité physique et psychologique considérés comme particulièrement importants.

Ils sont liés à l'assistance à des personnes dont certaines sont très peu autonomes au cours des différents actes de la vie quotidienne.

L'analyse des données démographiques (âge et ancienneté) et de santé (arrêts maladies, accidents du travail, maladies professionnelles) de l'effectif montre que toutes les tranches d'âges sont concernées par les problèmes de santé au travail, à commencer par le mal de dos.

Cependant, à partir de 35-45 ans, ces problèmes de santé s'accroissent, en particulier pour les personnes qui ont plus de 10 ans d'ancienneté. Par ailleurs, il existe dans le travail certains facteurs qui génèrent des difficultés : conditions de manutention, postures, possibilité ou non de s'entraider... (Source ANACT).

La pénibilité au travail varie selon cinq facteurs essentiels :

- le type de pathologie des bénéficiaires ;
- les lieux et les équipements (domiciles, maisons d'autonomie, existence ou non d'aides techniques) ;
- la possibilité, ou non, de travailler à deux ;
- la régularité du travail (existence ou non d'aléas, planification...).
- La formation et la connaissance des risques professionnels

Ces emplois peu qualifiés, sont occupés en grande majorité par des femmes, et riment souvent avec pénibilité, horaires décalés, multi activité, temps partiel subi et bas salaires. Les statuts sociaux ne protègent pas suffisamment les salariés(es). Il est fréquent de rencontrer des auxiliaires de vie qui ont été licenciés(es) pour inaptitude physique après plus de dix années d'activité.

Dès lors, ces salariés(es) se retrouvent sans ressources, sans emploi, et souvent sans reconnaissance de maladie professionnelle.

La mise en place d'un plan de formation reste aléatoire. Les responsables des structures publiques ou associatives précisent qu'ils n'ont pas les moyens de financer les remplacements de personnels en formation.

Les moyens en formation existent, mais sont insuffisamment utilisés par les coûts occasionnés et notamment pour le remplacement des personnels en formation.

Dans la Fonction publique territoriale, un seul grade, celui d'agent social permet de garantir l'emploi. Néanmoins on estime à moins de 30% de ces agents (2300) qui bénéficient de ce statut. Il concerne les CCAS et les CIAS.

Le déroulement de carrière est loin d'être valorisant, le salaire (temps plein) commence au niveau du SMIC 1365 € brut et se termine à 2200 € brut au bout de 30 ans d'activité.

Il en est de même dans la Fonction publique hospitalière.

Cette précarité ne permet pas de soutenir et de défendre l'idée d'un véritable service public des SAP.

Les conventions collectives (IDCC n°1258 de 1983) pour les salariés du secteur associatif. « Aide ou Maintien à Domicile », pour les activités d'aide au maintien à domicile à but non lucratif, et aide-ménagère à domicile.

La convention collective ADMR.

La convention collective pour les salariés du secteur privé.

Une convention collective pour les « Salariés du Particulier Employeur », pour les activités d'employé de maison, emploi familial, repasseuse, dame de compagnie, garde-malade, cuisinier, femme de chambre, valet de chambre, lingère, secrétaire particulier, maître d'hôtel, chauffeur, nurse, gouvernante, garde d'enfants, et assistante maternelle...

Enfin le code du travail pour les salariés qui utilisent exclusivement le CESU. (Chèque Emploi Service Universel)

Des fédérations représentent les employeurs, La FEPEM, L'UNA, L'UNACAS... les Fonctions publiques. Le Syndicat Professionnel des Services à la Personne représente les TPE et PME.

C'est dans ce contexte que la CGT entend défendre les salariés de ce secteur d'activité et anime un débat national pour la création d'un véritable service public « d'aide à la personne ».

Depuis une dizaine d'années le secteur privé et notamment les banques et les assurances, investit le champ d'activité des services à la personne.

Le Medef, la FFSA (Fédération française des sociétés d'assurances) s'activent pour organiser ce marché.

Les conséquences sur la réponse aux besoins des personnes en perte d'autonomie sont inquiétantes.

L'exemple d'AXA Assurances : (source AXA Assurance)

Pour mieux maîtriser la chaîne de valeurs et la qualité de ses services, AXA Assistance a choisi d'intégrer quelques prestataires clés dans son périmètre. Dans le cadre de la ligne de métier « Domicile », AXA Assistance se distingue ainsi en prenant des participations dans le capital de certains de ses prestataires, notamment en France dans les services à la personne.

Estimé actuellement à 506 millions, soit 7% de la population mondiale, le nombre de seniors de plus de 65 ans devrait passer à 1,3 milliard d'ici 2040 (14%) (Census Bureau, Bureau du recensement des États-Unis, juin 2009).

Le vieillissement des populations représente un véritable enjeu de santé et de protection sociale pour les pays matures.

Il constitue également une réelle opportunité de marché pour AXA Assistance qui accompagne cette évolution en développant de nouvelles offres. Les Services à la personne, initiés en France, sont progressivement développés dans d'autres pays à fort potentiel.

Pour se différencier, AXA Assistance a également décidé de miser sur la prise de participation dans le capital de ses prestataires. AXA Assistance détient aujourd'hui 98% du capital de Cours Legendre (soutien scolaire) et 80% du capital d'Adhap Services (aide à domicile). (source Axa assurances, bilan d'activité 2009).

Adhap Services :

L'entreprise Adhap Services a été créée en 1997. Il s'agit d'un réseau national d'entreprises franchisées. Les prestations Adhap Services sont certifiées par un

organisme tiers indépendant (SGS ICS – Qualicert). Il contrôle régulièrement la qualité des prestations effectuées à domicile.

En faisant appel à Adhap Services, la personne fragilisée ou en perte d'autonomie (accident, handicap, maladie, vieillesse, grossesse...) trouvera un service professionnel. L'assistante qui viendra à son domicile saura la comprendre, l'écouter, l'aider, la rassurer. À ce jour, Adhap Services compte un centre pilote à Clermont-Ferrand et 156 centres et relais ouverts (dont 113 certifiés).

Axa Assistance, Cours Legendre, Domiserve, Family Sphère, Fidélia, Les compagnons du voyage, Profadom, Via Vita (Crédit Agricole, LCL, Mondial Assistance)... reconnaissent la démarche d'excellence d'Adhap Services. (Source Adhap service)

Ainsi, la boucle est bouclée. Axa assurances vend des contrats d'assurances «Dépendance » et réalise les prestations de services aux personnes âgées via sa « filiale » Adhap Services et avec d'autres partenaires.

Nous sommes loin de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie dans le cadre de la solidarité nationale. **« S'occuper des vieux devient un produit, une marchandise »...**

Une enquête sur les groupes banques et assurances comme AGF/Allianz/Coviva révélerait certainement les mêmes situations.

Adhap Services, en Dordogne, à Périgueux, l'entreprise franchisée SARL Aideavie, relais certifié « Qualicert » a tenté sa chance sur ce nouveau marché.

Résultat, à peine deux ans après son ouverture, cette société est en liquidation judiciaire.

En effet, les coûts exorbitants facturés aux bénéficiaires, les conditions de travail très précaires des salariées, le non-respect du code du travail (suite à l'intervention de l'inspection du travail), (les personnels soutenus par la CGT) ont eu raison de « cette petite boîte » qui s'est aventurée sur ce marché.

Les salariés comme les personnes bénéficiaires de services liés à la perte d'autonomie deviennent dans cette logique eux aussi, des produits, des marchandises.

TEMOIGNAGES...

Du coté des salariées...

La journée d'une aide à domicile.

En théorie.

On intervient chez les personnes pour les aider dans leurs tâches ménagères, les courses, les papiers, les repas, amenons les personnes chez les médecins, les spécialistes. Nous les stimulons quand nécessaire. Nous faisons aussi l'aide à la toilette. Nous intervenons chez des personnes valides et moins valides, des personnes handicapées, ou malades, je pense surtout à Alzheimer.

Dans la pratique.

En ce qui concerne les tâches ménagères, nous faisons les vitres, nous passons l'aspirateur, nous lavons les sols, faisons le repassage, époussetons les meubles, faisons la vaisselle, le lit, y compris changer les draps, mettons les lessives à tourner, étendons ces lessives, faisons du rangement.

Nous amenons les personnes faire leurs courses, ou nous y allons seules si la personne ne peut pas se déplacer.
Nous remplissons les papiers administratifs que ces personnes reçoivent.
Nous les aidons à en comprendre la signification.
Nous aidons à préparer les repas, les confectionnant parfois seules, certaines personnes n'ayant plus l'envie de le faire elles même.
Nous aidons parfois certaines personnes à s'habiller ou à se chausser.
Nous prenons les rendez-vous chez le médecin, les amenons à ces consultations.
Nous sommes aussi parfois les seules personnes qu'elles voient dans une journée, donc nous servons aussi de confidentes.

On intervient aussi pour stimuler la personne, nous sommes là pour leur redonner le goût de réaliser les choses de la vie courante.
Nous faisons l'aide à la toilette, et parfois la toilette complète. Personnellement je ne suis pas confrontée à cette situation.

Et puis on reprend la route vers un autre bénéficiaire...

CE QUI POURRAIT ETRE CHANGE.

Nous faire faire plus de formation, surtout en ce qui concerne comment agir en fonction de la maladie de la personne. Formation à l'accompagnement de la personne, par exemple: formation de base en psychologie.
Réaliser un suivi lorsqu'une formation a été faite (recyclage).

PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE EN EHPAD VUE PAR UNE INFIRMIERE.

A l'arrivée de la personne âgée, le rôle des soignants est de pallier à sa perte d'autonomie. Après un bilan de ses capacités, de ses habitudes de vie, de ses désirs et à l'aide du projet de soins, l'équipe établit les ressources de la personne âgée.

Pour l'aide à la toilette, le choix des soins d'hygiène (lavabo ou lit) permet à la personne âgée de participer partiellement ou totalement à son hygiène et son bien-être. Elle peut se laver les mains, se brosser les dents, se peigner, laver en partie ou totalement son corps, choisir ses vêtements.

L'installation de protection n'est pas obligatoire, mais l'accompagnement aux WC à heures fixes ou à la demande préserve l'autonomie de l'élimination.

L'aide aux repas, installation de la personne, choix des mets selon ses goûts et dégoûts, l'incitation à prendre un couvert, un verre, le porter à la bouche, lui montrer le geste pour que la personne âgée le reproduise, lui demander si l'assaisonnement lui convient, lui permettra de garder ou de retrouver le plaisir de manger.

Pour la mobilisation, la participation de la personne est importante, la verticaliser (poser ses deux pieds à terre), faire un ou deux pas est bénéfique pour son organisme et l'estime de soi.

Le soignant ne fait pas systématiquement à la place de la personne âgée, le laisser faire, lui permet de garder sa dignité humaine et limite la grabatisation.

Une équipe plus importante permettrait le « laisser faire » au quotidien. (7 AS, ASH ET 1 infirmière pour 48 résidents c'est trop peu.

La prise en charge de la perte d'autonomie vue par une aide-soignante et un agent des services hospitaliers travaillant dans une EHPAD.

Nous travaillons dans un EHPAD depuis 11 ans, aussi nous avons pu nous rendre compte de l'évolution de la prise en charge.

Les pathologies sont de plus en plus lourdes à la fois pour le patient et pour le personnel qui, de plus voit son nombre diminuer. La « bienveillance », un joli mot, mais comment peut-on parler de bienveillance quand nous sommes 3 soignants pour s'occuper de 20 résidents en GIR 1 ou 2 par séquence de 8 heures, la journée et c'est encore pire la nuit.

Déroulement d'une journée: (effectif: 3 soignants)

8:h les consignes,

8:15 - Une soignante prend les températures et relève les diurèses, les 2 autres font prendre le petit déjeuner aux 20 résidents.

8:45 - Une soignante débarrasse toute la vaisselle et marque l'hydratation de chaque résident.

9:h à 11h - Préparation du chariot de soins, toilette des 20 résidents. Il y a beaucoup de toilettes très lourdes, au lit, seules ou selon la pathologie à deux. Donc il n'y a pas le temps de faire les soins de bouche ou de faire du relationnel avec le résident.

10:h 30 - Certains résidents doivent être amenés à la salle à manger pour la lecture du journal.

11:h - Evacuation du linge sale, consignes écrites, installation de certains résidents en salle à manger pour le repas,

11:h15 – Pause

11:h 30 - Distribution des repas en salle à manger, puis distribution en chambre, aide à la prise des repas,

12:h05 - Distribution du café,

12:h15 - Ramassage des plateaux repas, écriture de l'hydratation, nettoyage des tables, lavage des plateaux, écrire la prise des repas.

12:h30 - Départ des soignants en coupure,

15:h45 - Retour des coupures, prise du goûter,

16:h15 - Rangement du linge propre dans la lingerie, préparation du chariot de soin, prise des températures, pesée de certains résidents, tâches ménagères suivant un planning établi.

16:h55 - Changes et coucher des résidents pour la nuit. (Plus le temps de faire marcher les résidents),

17:h50 - Mise à jour du classeur de consignes écrites,

17:h55 - Pause,

18:h - Repas, distribution, installation des résidents, aide à la prise des repas,

18:h40 - Ramassage des plateaux, écrire la prise des repas, l'hydratation,

18:h50 - Lavage des plateaux, installation des pensionnaires pour la nuit, faire prendre les médicaments du soir le dimanche car l'infirmière est de coupure ce jour-là.

Rangement général du service.

19:h20 - Départ des soignants.

Une auxiliaire de vie, du particulier employeur, en structure collective...

Je travaille depuis de nombreuses années en temps qu'auxiliaire de vie, chez le particulier, en maison de retraite et en milieu hospitalier. Ce qui m'a le plus frappé, c'est la détresse et la pudeur des personnes qui sont dépendantes et qui souffrent de la perte progressive de leur autonomie, elles expriment souvent leur sentiment de perdre leur dignité.

Comme la plupart de mes collègues, les difficiles conditions de travail provoquent une appréhension, un mal être, lors de la prise de notre service.

Comment travailler correctement dans une équipe lorsque le manque d'effectifs, le manque de temps pour réaliser nos tâches, comme par exemple faire neuf toilettes en deux heures toute seule est notre quotidien ?

Cela finit par créer des tensions entre nous.

Les personnes grabataires, Alzheimer, ont besoin de gestes doux, de confiance, de temps pour la prise de repas, etc... J'ai toujours essayé de bien faire mon travail mais aujourd'hui, j'ai le sentiment de devenir maltraitant à l'égard des personnes âgées malgré moi. C'est culpabilisant, il faut changer cela !

Le handicap du travail à domicile.

J'ai travaillé en maison de retraite, mais je préfère travailler au domicile des personnes âgées.

Néanmoins, les logements ne sont pas adaptés aux différents handicaps des personnes. Au mieux on trouvera un lit médicalisé. Pour les tâches quotidiennes, pour faire la toilette sans une réelle salle de bain complique notre intervention et crée de la souffrance physique pour nous et le patient.

Les bénéficiaires ne connaissent pas assez leurs droits qui permettraient d'améliorer leur quotidien.

Il y a bien l'évaluation des besoins lors de la constitution du dossier APA, mais il manque des lieux, des moments de coordination avec les différents intervenants pour respecter la personne dans son ensemble, sa santé et son environnement.

TEMOIGNAGE D'UNE PERSONNE AGEÉE.

Je vais avoir 85 ans dans le mois de mai, j'ai eu 5 enfants, mais je vis seule depuis longtemps car je suis veuve. Au début de l'année dernière, j'ai eu une perte de connaissance pendant la visite d'une de mes filles avec sa fille et ses petites filles.

Cela les a beaucoup inquiété; aussi elles ont fait les démarches pour que j'ai la télé alarme. Puis on m'a proposé une aide pour faire mon ménage, je n'étais pas trop d'accord, car je le faisais bien toute seule, mais je ne voulais pas contrarier mes enfants. Au début, ce n'était jamais la même aide-ménagère qui venait. Pour moi, elle ne faisait pas le ménage comme il faut. Puis une jeune qui connaissait une de mes petites filles est venue régulièrement et nous nous sommes bien entendues.

Je n'ai pas pu choisir l'heure de ménage, j'aurai préféré le matin, c'est mieux que 4:h de l'après-midi, mais elle ne pouvait pas changer à cause de son planning qui est supervisé par l'association.

L'association organise des après-midi récréatifs par exemple pour les anniversaires du mois, cela fait du bien car on rencontre d'autres personnes. La commune organise aussi des après-midi.

Quand l'aide-ménagère est en formation, ce n'est pas toujours les mêmes qui viennent. Je ne la prends qu'une heure par semaine car malgré les aides, c'est cher et j'ai une petite retraite, d'ailleurs je ne paie pas d'impôt.

Réflexion Michel Pasquet, membre du CODERPA CGT 24.

1- Les EHPAD

Elles sont marquées par le manque de personnel, le plus souvent par du personnel qualifié, car les éventuels candidats évitent les établissements de personnes âgées.

Les visites des établissements par les membres du CODERPA ne permettent qu'une vue partielle.

Il apparaît que la proximité d'un EHPAD avec un hôpital local est positive pour les soins.

Il y a sept hôpitaux locaux et plus de soixante-dix établissements.

Le manque de médecin en milieu rural se répercute gravement sur les établissements, peu de médecins référents, refus de conclure des conventions par l'Ordre des médecins.

Les conseils de la vie sociale ne semblent pas efficaces. Les constats de l'établissement PARROT à Périgueux où un résident valide qui dénonce des dysfonctionnements dont parfois des maltraitances passe pour un « détraqué ».

Cela permet de douter du rôle que peuvent avoir ces conseils.

Les Etablissements sont de plus en plus peuplés de personnes âgées dépendantes parfois en déchéance ce qui alourdit fortement le travail du personnel en nombre insuffisant et peut conduire à un service réduit pour les résidents.

Les Structures Alzheimer sont indispensables mais il faut être prudent.

Dans une 1ère phase de la maladie le contact avec d'autres personnes âgées est bénéfique, discussions diverses, activités, jeux donc maintien en EHPAD.

2- Les personnes âgées : retour d'hospitalisation.

Les retours après hospitalisation devraient être du ressort des CLIC (centre local information et coordination) ce qui est rare, il y a 5 CLIC en Dordogne. Lorsque la famille ne peut accueillir son aïeul, que le retour à domicile pose le problème de soins infirmiers,

le placement en EHPAD semble la solution, alors que ceux-ci ne peuvent pas répondre aux risques d'infection ou de complications.
Les Caisses de retraite CPAM MSA en milieu rural, les mutuelles et assurances sont concernées par le financement.

Des placements se font également en famille d'accueil.

3- Les familles d'accueil :

230 familles d'accueil en Dordogne. Plus de la moitié sont en Bergeracois et dans les cantons de Montpon et de Mussidan.

500 personnes accueillies dont un tiers de personnes handicapées.
Deux films de la MSA sont utilisés pour informer et recruter des familles d'accueil. Celles-ci sont « salariées » sous contrat. L'employeur étant la personne âgée et sa famille.

Le contrat n'est pas un contrat de travail mais un contrat d'assistance. Il doit préciser par écrit la situation physique et morale (psy) de la personne âgée. La modification (aggravation de la santé) peut modifier le contrat. Il peut être rompu.

Le coût : pour une personne valide : 1100 € par mois, mise à disposition d'une chambre (9 mètres carrés minimum).

152€ par mois suivant le handicap « prise en soins » suivant le GIR.

Les compléments peuvent atteindre 884 € par mois.

L'URSSAF employeur 220€ par mois payé par trimestre.

Les Familles d'accueil ont une formation assurée par le Conseil Général pour obtenir un agrément valable cinq ans. Cette formation est insuffisante.

Suite à l'agrément, trois pensionnaires peuvent être accueillis, mais ils sont attribués un par un avec des intervalles et des contrôles sur la « vie en famille », les équipements et les contraintes liés à la santé. En général pour 3 résidents, l'étalement s'effectue sur 3 ans au minimum.

Les familles d'accueil : autres réflexions.

Il est indispensable que les familles d'accueil bénéficient des repos. Pour cela il faudrait des remplaçants formés, ce qui n'est pas le cas. Le transfert des personnes vers un autre site d'accueil serait difficile et n'est pas prévu.

Les familles d'accueil peuvent être sous contrat avec des associations ou des collectivités « décret d'août 2010 », cela est peut être une voie (étroite) pour une meilleure utilisation de cette formule.

Les propositions de la CGT.

Un 5ième DROIT... : Aide à l'autonomie dans la branche maladie.

L'Homme, par son travail, la mise en action de ses capacités physiques et intellectuelles a démultiplié les productions de biens, de services, de recherche. La famine a disparu dans la plus part des pays, particulièrement dans ceux appelés pays développés. La vaccination y est généralisée, l'hygiène a considérablement réduit la mortalité infantile.

La mise en place de la Sécurité Sociale (programme du Conseil National de la Résistance) a créé les conditions d'accès aux soins, à la prévention pour les populations défavorisées (chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins).

L'ensemble des prestations de la sécurité sociale a permis des progrès considérables en espérance de vie, en qualité de vie. Son financement calé sur le travail, elle organise la solidarité : entre biens portant et les malades, entre générations actifs et retraités, ceux qui sont en charges de famille et ceux qui n'en ont pas.....

Un choix de société.

L'ordonnance fondatrice du 4 octobre 1945 de la sécurité sociale précise « le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité »art. 1 « il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gain, pour couvrir les charges de maternité et de famille qu'ils supportent ».

A l'époque, compte tenu de l'effort de reconstruction du pays, le risque chômage n'est pas pris en compte. Il le sera en 1967 par ordonnance rendant l'assurance chômage obligatoire pour tous les salariés du secteur privé.

Décimés par les guerres, les catastrophes « minières » les adultes étaient peu nombreux à atteindre un âge avancé (5% de retraités). Aujourd'hui les plus de 60 ans représentent 1/5 de la population, ils seront 1/3 d'ici 2050. C'est dans 40 ans !!! Des politiques adéquates peuvent être mises en œuvre pour prendre en compte cette situation prévisible.

Le conseil pour l'avenir de l'assurance maladie relève que l'effet vieillissement démographique sans être négligeable, se révèle d'une amplitude modeste.

Cela aussi bien sur les dernières années (0,3 point en volume par an sur les 20 dernières années : consommation de soins et de biens médicaux-(CSBM) que sur les années à venir, l'arrivée aux âges élevés des générations du Baby-boom va en accroître le poids mais sans lui faire dépasser, selon les estimations 0,4 à 0,5 point en volume par an.

C'est là que nous proposons de faire intervenir le 5ième droit dans la branche maladie de la sécurité sociale. Après celui de la maladie, de la maternité, de l'invalidité, du décès, celui de l'autonomie.

Branche assurance Maladie CNAMTS	Branche vieillesse	Branche famille	ACOSS
Maladie	CNAVTS	CNAF	Les recettes et la banque
Maternité			
Invalidité			
Décès			
AUTONOMIE			
Commission AT/MP			

Droit à l'autonomie quel que soit l'âge.

La vieillesse n'est pas une maladie, c'est une étape de la vie. Il y a la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse. Toutes ces étapes de la vie ont certes leurs spécificités, leurs fragilités, elles sont toutes à prendre en compte dans le cadre général de la sécurité sociale.

La perte d'autonomie n'a pas d'âge pour subvenir La personne en grand âge fragilisée par la maladie, un accident peut avoir besoin d'aides. Il n'y a pas à en faire un classement particulier qui la montrerait en tant que « charge » pour la société.

Ne pas associer perte autonomie à vieillissement. Seulement 9% des personnes de plus de 60 ans sont dépendantes et 10% sont dites fragiles et susceptibles d'évoluer vers la dépendance.

Aujourd'hui 73 % des personnes âgées de plus de 85 ans sont autonomes et se disent en bonne santé. ON EST LOIN DE LA DRAMATISATION.ACTUELLE.

La prise en charge de la perte d'autonomie c'est 1 point du (PIB 20 milliards d'€), moins de 10% du budget de la sécurité sociale.

Le PIB (Produit Intérieur Brut) a été multiplié par 2 en 25 ans et il va doubler d'ici 2025.

Il est possible de réduire ce pourcentage de perte d'autonomie.

Les prévisions indiquent une baisse tendancielle de prévalence de la dépendance de 1 à 2 % par an dans les pays européens.

Revenir au droit à la retraite à 60 ans à taux plein, en finir avec les conditions de travail qui portent atteinte à la santé, au vieillissement prématuré. Il est urgent de reconnaître le travail dans sa dimension économique, sociale, humaine, de développer partout des politiques de prévention pour assurer à chacun l'état de bien-être physique, mental....

Les études et statistiques montrent :

- l'inégalité de l'espérance de vie des catégories professionnelles et l'écart augmente,
- le nombre d'allocataires pour invalidité a explosé dans certains secteurs, notamment la construction,
- les maladies professionnelles augmentent fortement, la gravité des accidents du travail également,
- l'épidémie de Troubles Musculo Squelettiques (TMS) frappe en majorité les femmes soumises à des rythmes plus intenses,
- un ouvrier a 3 à 4 fois plus de risques d'avoir un cancer qu'une personne de profession libérale.

Gagner une prévention de qualité (rôle majeur des CHS-CT) représente un enjeu pour bien vivre durant sa vie professionnelle. La menace qui pèse sur la médecine du travail aurait des conséquences sur le risque de perte d'autonomie.

La responsabilité sociale des entreprises est au centre des enjeux de la santé au travail et du suivi post professionnel.

Réduire les inégalités sociales dès la petite enfance pour préparer l'avenir professionnel, bien vivre tout au long de sa vie. Pour cela il ne faut pas avoir comme politique la réduction des effectifs dans la fonction publique, mais développer les services publics dont a besoin la population du 21^{ème} siècle notamment la mise en place d'un grand service public de la petite enfance et de l'aide à l'autonomie.

Il faut en finir avec la réduction des « coûts » salariaux, alors que ces fameux coûts sont les moyens pour assurer un état de « bien-être des populations », des investissements pour l'avenir harmonieux et durable de la société.

Réorienter les choix : de l'argent vers l'humain.

5ième droit : universel – solidaire, dans la branche maladie.

L'aide à l'autonomie fait partie des nouveaux besoins, liés aux progrès de la société, un droit à une vie digne. Pour cela le handicap quel qu'il soit ne doit pas devenir un marché lucratif.

On n'a pas le droit de faire du business sur la douleur des gens. La prise en charge de leurs besoins trouve sa place dans les principes fondateurs de la sécurité sociale.

La crise économique et financière dont nous connaissons les causes et avons dénoncé les responsables, ne légitime pas l'introduction des assurances privées dans le dispositif de prise en charge de la perte d'autonomie et plus globalement dans le champ de la protection sociale.

Nous revendiquons un droit universel de la compensation de la perte d'autonomie pour tous les âges.

A ce titre elle doit relever de la solidarité nationale et non de la solidarité familiale.

L'intégration de ce nouveau droit « autonomie » dans la branche maladie de la sécurité sociale sera financée dans le cadre des propositions de réformes de financement de la sécurité sociale défendues par notre organisation.

Nous demandons une évaluation indépendante de la perte d'autonomie.

Une réponse de proximité dans un cadre national.

C'est clairement que nous disons NON aux propositions « Rosso Debord » de faire souscrire une assurance privée dépendance obligatoire à partir de 50 ans, de supprimer l'APA aux personnes en GIR 4.

Pour répondre aux besoins, la CGT revendique le développement des structures d'aide à domicile, avec du personnel à temps plein, formé, qualifié et correctement rémunéré, qui permette un suivi qualitatif de la personne aidée.

Le développement des services de soins infirmiers à domicile, y compris dans les zones rurales.

Telle qu'elle est organisée, l'aide actuelle, que ce soit à domicile ou en établissement, pour le soin ou l'accompagnement, ne répond pas aux besoins des personnes âgées notamment. Les financements publics, non pérennes et trop dispersés, laissent trop de « reste à charge » en augmentation constante aux personnes et à leur famille. Une grande partie des financements ne relèvent pas de la solidarité. C'est ce que conteste la CGT.

La CGT propose la création un grand service public de l'aide à l'autonomie des personnes à domicile ou en établissement en partenariat avec le secteur associatif.

Quelles propositions alternatives à ces projets ?

· En termes d'orientations :

Une grande politique de la dépendance doit être mise en œuvre dans notre pays. Elle doit se faire dans la concertation, l'écoute, l'expression et l'évaluation des besoins avec des propositions de financements solidaires pour y répondre avec :

- un retour à une démarche solidaire de prise en charge ;
- Favoriser le maintien à domicile
- Plus globalement, la sécurisation de tous les moments de la vie et la promotion des activités créatrices des seniors, des retraités et des dépendants.

– En termes d'organisation et de structuration :

- Pour arriver et rester à la retraite en bonne santé, cela passe par l'amélioration des conditions de travail et le développement de la prévention et des services de santé au travail.

- proposition de création d'un service public et commun de sécurisation et de promotion des personnes âgées visant tant les seniors en emploi, les retraités ayant des activités sociales, les personnes du 4^{ème} âge autonomes ou dépendantes.

- Développement des structures publiques, tant d'accueil (EHPAD), que d'aide et de soins à domicile (SIADPA), auxiliaires de vie, aides ménagères,....

- Le soutien et l'accompagnement des familles sont essentiels ;

- Prévenir, dépister et prendre en charge les pathologies mentales des personnes âgées.

- Agir pour la professionnalisation des structures et des personnels des services à la personne.
- Agir pour reconnaître le statut social des salariés(es) dans les services d'activités liés à la perte d'autonomie.

- Pour le secteur public : rendre conforme le statut des trois fonctions publiques avec les enjeux de société,
- Pour le secteur associatif : mise à jour des conventions collectives,
- Pour le particulier/employeur : mise à jour de la convention collective,

- En termes de prise en charge et de financements :

C'est une question essentielle et sa conception est directement liée aux choix essentiels de société :

Donner toute leur place dans notre société aux personnes âgées en répondant à leurs besoins dans l'ensemble des domaines et favoriser leur vie sociale, ou les considérer comme des charges pour lesquelles on se limite aux traitements médicaux et aux soins physiques.

La prise en charge et son financement doivent relever de la solidarité nationale à partir des richesses créées par le travail.

La question posée par le gouvernement quant aux organismes prenant en charge la dépendance suscite un vrai débat.

- considérer que la dépendance et la perte d'autonomie relèvent uniquement de l'assurance maladie, de la santé, ou apprécier le financement des besoins de la personne dans sa globalité ?

- Faut-il un 5ème Droit prenant en charge la perte d'autonomie ou développer le droit au sein de la 4ème branche maladie actuelle, faut-il en cela conserver la CNSA. ?

La CGT met en débat ces propositions. Nous souhaitons un vrai débat national sur ce sujet de société qui concerne l'ensemble des citoyens, salariés aujourd'hui, retraités demain...



Glossaire :

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie.

FEPEM : Fédération des Particuliers/Employeurs.

CLIC : Centre local information et coordination.

L'UNA : Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux domiciles.

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

L'UNACAS : Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale.

CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

ETP : Equivalent Temps Plein.

PIB : Produit Intérieur Brut.

GIR : Groupes Iso-Ressources.

CESE : Conseil économique, social et environnemental

Principales sources documentaires :

Conseil Général de la Dordogne (Schéma départemental d'organisation sociale et médicosociale de Dordogne), Agence nationale des services à la personne (ANSP), Agence Nationale pour l'amélioration des Conditions de Travail (ANACT), CNSA, DIRECCTE 24, Fédérations CGT services publics, santé, organismes sociaux, ...

Ont contribué à la rédaction de ce document.

Des salariées du secteur public et privé des services à la personne, à domicile ou en établissement, qui ont souhaité garder l'anonymat...

UDCGT 24 : Gilles MARTIN, Bernadette DUBOURG.

05/53/35/53/80-udcgt24@wanadoo.fr -

USR CGT24 : Josette Gosset, Cathie VACHEYROUX, Ginette LETELLIER VALLON

Le syndicat CGT des services à la personne. Kathy, Joëlle, Didier et beaucoup d'autres....

UDCGT 24 Bourse du travail, 26 rue Bodin 24000 PERIGUEUX – 05/53/35/53/80 - udcgt.24@wanadoo.fr
