



LE COURRIER DU RETRAITE DU PUY-DE-DÔME

MAI 2020

N° 35

Section départementale: Guy Grand 5 Allée Jean-Jacques Rousseau 63260 Aigueperse
Courriel: gugrand@wanadoo.fr

Ce bulletin est envoyé aux adhérents ayant donné une adresse mail. Un nouveau bulletin sera envoyé par voie postale début septembre pour annoncer notre assemblée générale statutaire qui aura lieu fin septembre. En attendant, prenez soin de vous et de vos proches.

LE JOUR D'APRES

Le pic de l'épidémie due au Covid19 est heureusement derrière nous; l'heure est au déconfinement. Mais la «guerre» n'est pas finie; elle le sera quand les chercheurs auront trouvé un traitement pour soigner la maladie et/ou un vaccin pour la prévenir. Espérons que les responsables de tous bords se souviendront de ce qui vient de se passer pour corriger leurs erreurs.

Saluons d'abord tous ceux qui nous ont permis de continuer à vivre: tous les personnels des hôpitaux et des EHPAD, soignants et autres, les médecins de ville, les services d'aide à domicile, les artisans et employés des métiers de bouche, les employés des grandes et moyennes surfaces alimentaires sans oublier toute la logistique, du producteur au transporteur, les pompiers, les forces de l'ordre, les militaires. Tous ont travaillé en mettant en péril leur santé et celle de leur famille, y laissant même parfois la vie hélas!

Ayons une pensée pour tous ceux qui ont souffert de la maladie ou qui ont été frappés par la perte d'un proche ou d'un ami.

Il sera temps après l'épidémie de rechercher les responsables des manques criants: masques, tenue de protection, gel hydroalcoolique, tests de dépistage, médicaments, respirateurs et autres matériels entraînant des mensonges ou au moins une communication erratique sur les masques, les tests, l'école. Des commissions parlementaires et autres se mettront en place. Désigner, juger et si besoin punir des coupables est certes important.

Mais l'essentiel sera de se servir des erreurs commises pour ne pas les refaire.

Depuis de nombreuses années, les organisations syndicales d'actifs et de retraités, les personnels des hôpitaux et des EHPAD réclament des moyens humains et matériels: aucun gouvernement depuis 20 ans ne les a écoutés. Un hôpital ou un EHPAD sont d'abord des services publics; les gouvernements ont préféré parler équilibre budgétaire avant de penser besoins sanitaires, entraînant fermetures d'hôpitaux de proximité, fermeture de lits ou de services, épuisement des personnels.

La crise actuelle doit servir de leçon. Il est indispensable de donner à l'hôpital les moyens de fonctionner: d'abord reconnaître l'engagement des personnels par une revalorisation de leur salaire plutôt que par l'attribution d'une prime certes bien méritée; ensuite créer les postes nécessaires pour permettre à tous de remplir correctement leurs missions; enfin, redonner des moyens à la recherche médicale en revalorisant là encore les emplois.

Laisser la production de médicaments ou d'éléments de protection à un petit nombre de pays s'est révélé dangereux, entraînant des pénuries. Leçon doit en être tirée en rapatriant en Europe ou mieux en France cette production stratégique.

Le totem des 3% de déficit budgétaire imposé par Bruxelles est (provisoirement?) oublié. Il faudra que les pays fassent des choix: l'équilibre budgétaire ou les besoins vitaux des populations.

La crise sanitaire se double d'une crise économique qui va laisser des traces. Des milliards ont été empruntés par le gouvernement pour aider les entreprises et financer le chômage partiel. Quand le travail aura repris, les grandes entreprises tireront toujours leur épingle du jeu, quitte à procéder à des licenciements massifs pour reconstituer leurs marges et payer leurs actionnaires. Mais il risque de ne pas en être de même pour les PME qui maillent nos territoires, pour les artisans et commerçants, les restaurateurs qui font vivre nos villages.

Combien vont disparaître?

Le gouvernement s'honorerait en abrogeant la loi modifiant l'indemnisation du chômage, les ordonnances ayant trait aux conditions de travail. Il ne perdrait pas la face en abandonnant la réforme des retraites: il y a plus urgent.

L'urgence, c'est un grand plan pour l'hôpital public, sur la recherche. La loi sur l'autonomie et le grand âge pourrait y trouver sa place. De quoi occuper utilement la fin du quinquennat Macron!

Guy Grand

PROPOSITIONS POUR LES EHPAD DANS LE RAPPORT LIBAULT

Le rapport Libault remis au Premier Ministre en mars 2019 contient 175 propositions pour réorganiser la prise en charge de la perte d'autonomie à domicile et dans les établissements. Celle-ci nécessite des réformes indispensables :

* assurer la présence auprès des personnes âgées de professionnels qualifiés dans une relation d'accompagnement technique mais aussi humaine, donc nécessitant un recrutement massif de personnel formé

* simplifier le système d'accompagnement et de soin de la personne âgée (intervenants nombreux, coordination indispensable entre acteurs sociaux, sanitaires, médico-sociaux)

* sortir du choix binaire entre le domicile et l'EHPAD en développant des formes alternatives de prise en charge (résidences autonomie, accueil familial, temporaire, de jour, habitat intergénérationnel ...)

* prendre en charge la perte d'autonomie par des prestations plus lisibles, plus justes, plus homogènes sur le territoire, avec une intervention plus forte de la solidarité nationale en particulier en établissement

- investir suffisamment dans la prévention de la perte d'autonomie

La personne âgée doit rester citoyenne à part entière : son cadre de vie doit être adapté à ses fragilités et les solidarités de proximité (à commencer par la présence des proches aidants) doivent être soutenues pour prévenir le fléau de l'isolement.

La DREES (direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques) estime qu'en 2015 un peu plus de 2 millions de personnes sont en perte d'autonomie à domicile ou en établissement. 1 265 000 personnes de plus de 60 ans sont bénéficiaires de l'APA.

D'après les projections moyennes de la DREES, le nombre de personnes en perte d'autonomie devrait augmenter de 20 000 personnes par an jusqu'en 2030 puis s'accélérer à près de 40 000 personnes par an de 2030 à 2040.

Cet article est consacré aux propositions relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie en établissement.

Il est proposé de remplacer le terme « EHPAD » jugé stigmatisant pour les personnes âgées et pour les structures accueillantes par « Maison du grand âge » ou « Maison médicalisée des seniors » afin de renforcer la logique domiciliaire qu'on souhaite promouvoir (*proposition 65*)

Structurer une offre publique pour faire des économies

Les petites structures publiques pourraient être amenées à se regrouper sur le plan administratif pour mutualiser leurs moyens (encadrement, fonctions support) au sein de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) (*proposition 50*)

Les EHPAD des centres hospitaliers de grande taille pourraient s'en détacher permettant de développer une stratégie d'investissement propre. (*proposition 50*)

Pour financer les investissements liés à ces

changements, il est proposé la création d'un fonds d'accompagnement géré par la CNSA et alloué aux ARS. (*proposition 53*)

Afin de faire des économies (150 millions d'€ à l'horizon 2030), il est proposé de développer les pharmacies à usage intérieur (PUI) avec mutualisation possible entre EHPAD et d'intégrer les actes de kinésithérapie dans le tarif partiel (l'objectif étant d'aller vers un tarif global) avec une majoration forfaitaire (*proposition 54*)

Lancer un plan de rénovation des EHPAD (et résidence autonomie) (*proposition 55*)

150 000 places sont à rénover pour un coût estimé à 15 milliards d'€ sur 10 ans. 3 milliards seront versés par la CNSA auxquels s'ajouteront les investissements de la Caisse des Dépôts et Consignations et de l'Action logement. Ce plan permettrait de ne pas répercuter les coûts liés à la rénovation sur les résidents. Ce plan valoriserait la réalisation de petites unités de vie (15-20 personnes) au sein des établissements. Pour le

privé, ce plan entraînerait des exigences fortes sur la qualité de la prise en charge et une maîtrise des tarifs d'hébergement.

Des labellisations avec un référencement national fait par la Haute autorité de santé et financées par la CNSA permettraient d'améliorer la qualité de service (*propositions 56-57-58*)

Améliorer l'encadrement

* Augmenter de 25% les effectifs au contact des résidents d'ici 2024 (par rapport à 2015, dernières données de la DREES), ce qui représente une augmentation de 13 ETP pour 100 résidents en 9 ans. (*proposition 87*)

Si les normes d'encadrement ne sont pas respectées, le nombre de places autorisées serait diminué. Une norme minimale d'encadrement pour les métiers financés par les tarifs d'hébergement (hôtellerie, agents d'entretien, de service) serait imposée.

Le financement serait assuré à 80% par l'assurance maladie, par des crédits non reconductibles de l'ARS, par le transfert dans le

forfait soin de certains professionnels (psychologues, diététiciens)

- Créer des fonctions de responsables de vie pour les aides-soignants et de cadre qualité pour les infirmiers assorties de revalorisation salariale. (*proposition 98*)

- * Renforcer l'attractivité de la filière gériatrique dans la formation initiale et continue des personnels et renforcer la place de la personne âgée dans les études de médecine. (*proposition 107*)

Mesures proposées pour diminuer le reste à charge

- Mise en place d'une nouvelle prestation dégressive en fonction des ressources (*proposition 128*) avec une meilleure prise en compte du patrimoine (*proposition 132*): la prestation serait de 300€ par mois pour des ressources inférieures à 1600€, puis serait dégressive jusqu'à 50€ par mois pour les personnes disposant de plus de 3200€ par mois de ressources. Elle serait distribuée par les départements en remplacement de l'APA établissement qui disparaîtrait au profit de la nouvelle prestation ci-dessous (*proposition 133*)

- Fusion des sections « soins » et « dépendance » dans une section « soins et

entretien de l'autonomie » financée par l'assurance maladie avec l'instauration d'un ticket modérateur de 5€ par jour sauf CMU-C (*proposition 125*): la baisse des restes à charge serait de 15€ par mois pour plus de 90% des résidents.

- Transfert de certaines dépenses de la section « hébergement » vers la section « soins » (diététiciens, psychologues, quote part des charges de direction ou des charges financières, hausse de la part des rémunération des agents de service): il représenterait une baisse du reste à charge de 25€ par mois et par résident.

- Mise en place d'un « bouclier

autonomie » pour les personnes en GIR 1 et 2 en établissement pendant plus de 4 ans (*proposition 126*): environ 90 000 résidents seraient concernés par ce bouclier pour un gain moyen de l'ordre de 740€ par mois. Ce bouclier serait versé par les départements mais intégralement remboursé par un fonds de concours de la CNSA (coût: 650 millions d'€)

- Harmoniser les pratiques en termes d'aide sociale à l'hébergement pour assurer une égalité sur le territoire avec un barème national indicatif des taux d'effort maxima appliqués au conjoint resté à domicile et aux obligés alimentaires (les enfants seulement jusqu'en 2024 et en envisageant de les exclure ensuite de cette

Le financement public :

Les propositions du rapport conduiraient les dépenses publiques autour de 1,6% du PIB en 2030 (soit 35% de plus qu'en 2018)

- * De 2020 à 2024 : une quote-part de la CSG serait affectée à la CNSA, une partie du Fonds de réserve des retraites (FRR) serait utilisée pour la rénovation des EHPAD, (*proposition 162*)

- * A partir de 2024 : un nouveau prélèvement social dédié serait créé en utilisant l'assiette de la CRDS (contribution pour le remboursement de la dette sociale venant à échéance) donc sans hausse de prélèvement obligatoire (*proposition 160*)

Le financement complémentaire

Une assurance privée ne sera pas obligatoire (*proposition 163*)

Par contre, seront favorisés le développement de produits d'assurance privée facultative sécurisés pour le souscripteur (*proposition 164*) ainsi que le développement des

Le pilotage de l'offre

La politique du grand âge doit rester une politique partenariale renforcée et simplifiée.

Au niveau national, la CNSA doit être renforcée en tant que garant de l'égalité de traitement entre les territoires (*propositions 170 à 174*)

Au niveau local, le département doit être le chef de file de l'action sociale auprès de la personne âgée. Plusieurs scénarii sont proposés :

- * pilotage unifié (pilotage des EHPAD et des SSIAD par l'ARS et des SAAD par les

obligation) et en établissant au niveau national la liste des ressources et des charges à prendre en compte dans le calcul de l'ASH (*proposition 129*)

- Intégrer le risque de perte d'autonomie de la personne âgée dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale malgré des difficultés constitutionnelles (la LLFS concerne la sécurité sociale et pas la protection sociale dans son ensemble).

Les bénéficiaires de l'ASH verrait leur reste à vivre mensuel passer de 1% à 1,5% du montant annuel de l'ASPA (soit de 108€ par mois actuellement à 162€) (*proposition 130*): 110 000 personnes seraient concernées.

- Entre 2025 et 2030 : le placement des excédents de rendement du nouveau prélèvement social serait confié au FFR . Ces excédents seraient utilisés après 2030 en raison de forts besoins prévus. (*proposition 161*)

- Après fusion des sections « soins » et « dépendance », les variations de dépenses seraient prises en charge à 50% par les fonds de concours de la CNSA (donc financement par la solidarité nationale) et à 50% par les Conseils départementaux. (Le bouclier autonomie est pris en charge à 100% par la CNSA) (*proposition 127*)

sorties en rentes viagères des produits d'épargne, les solutions mutualisées de viager et le prêt viager hypothécaire (avec la création d'un prêt viager-dépendance réservé aux personnes en dépendance lourde (GIR 1 et 2) (*proposition 165*)

Conseils départementaux) avec délégation de compétences entre le département et l'ARS (Ce scénario a la préférence de la commission et devrait faire l'objet d'une expérimentation dans quelques départements avant évaluation)

- * pilotage de l'ensemble de l'offre médico-sociale par l'ARS, le département pilotant la stratégie départementale et étant l'interlocuteur de proximité de la personne

- pilotage par le conseil départemental , l'ARS se recentrant sur ses missions de contrôle.

En conclusion

Le rapport Libault comporte des avancées intéressantes, même s'il ne répond pas à toutes nos

revendications (prise en charge à 100% de la perte d'autonomie dans le cadre de Sécurité sociale, normes d'encadrement encore insuffisantes).

Depuis la remise du rapport,

* les excédents de la Sécurité sociale sont devenus des déficits, le gouvernement ne compensant plus les exonérations de charges sociales qu'il accorde

* le projet de réforme des retraites voté en première lecture par l'Assemblée nationale prévoit d'utiliser les excédents du fonds de réserve des retraites et à partir de 2024 le prélèvement social remplaçant la CRDS

* la crise sanitaire que nous vivons va impacter fortement les comptes de la Sécurité sociale (moins de recettes et plus de dépenses) et le PIB

* elle a montré qu'une réforme profonde de notre système hospitalier nécessitant des moyens humains et matériels importants était indispensable.

La loi « grand âge et autonomie » aurait toute sa place dans une loi « Hôpital » à venir. Veillons à ce que les personnes âgées ne soient pas oubliées.

Guy Grand

PENSIONS DE REVERSION

Même si le projet de loi de réforme des retraites est (provisoirement?) mise en sommeil, que dit l'article 46 concernant les pensions de réversion (avant son examen par le Sénat) ?

«La retraite de réversion sera attribuée à partir de l'âge de 55 ans. Elle ne sera pas soumise à condition de ressources. Afin de préserver le niveau de vie du couple, elle sera fixée de telle sorte que la retraite de réversion majorée de la retraite de droit direct du conjoint survivant corresponde à 70% des points de retraite acquis par le couple.

Ce nouveau dispositif de réversion ne s'appliquera qu'aux conjoints survivants des conjoints décédés qui auront été intégrés au système universel. Il ne s'appliquera donc qu'à partir de 2037.. »

Les points positifs: l'âge d'attribution par rapport au texte initial, pas de condition de ressources, les personnes nées avant 1975 ne sont pas concernées.

Les points négatifs: une baisse des pensions de réversion pour beaucoup, le dispositif exclut les couples pacsés ou en concubinage.

Quelques exemples pour des couples de fonctionnaires

Pension de A	Pension de B	Avec la réforme : 70% de A + B	Actuellement si A décède en 1er: B + 50% de A	Gain/ perte	Actuellement si B décède en 1er: A + 50% de B	Gain/ perte
1200	1200	1680	1800	-120	1800	-120
1600	1600	2240	2400	-160	2400	-160
1800	1200	2100	2100	0	2400	-300
2000	1200	2240	2200	40	2600	-360
2500	1200	2590	2450	140	3100	-650
2500	1800	3010	3050	-40	3400	-350

La FGR-FP défend le principe de pensions de réversion sans condition de ressources ni d'âge. Elle s'opposera à toute réforme qui conduirait à une régression pour les bénéficiaires et les ayants droit. Elle revendique un élargissement aux couples pacsés ou vivant en concubinage notoire.

(voir Courrier du Retraité n°232 d'avril 2020 page10 et 11)