

# EDITORIAL

Le mandat des membres actuels du CODERPA 77, se termine normalement le 31 décembre prochain après 3 ans d'exercice.

Sur propositions de toutes les structures qui le composent, le Président du Conseil général désignera la nouvelle équipe qui prendra ses fonctions dès le 1er janvier 2009.

**Quel bilan pouvons-nous faire  
de ce qui a été fait ?**

**Quelles perspectives d'actions pour le futur ?**

## UN BILAN ENCOURAGEANT

En plus de l'assemblée plénière annuelle, le bureau et les trois commissions constitutives du CODERPA se sont réunis, chaque année, une dizaine de fois chacun et avec une participation remarquable de leurs membres.

Lieux de dialogue, de réflexion et de partage d'expériences, ces structures ont aussi élaboré des propositions et initiatives au service des retraités et des personnes âgées les plus vulnérables.

La participation des membres du CODERPA aux travaux préparatoires au schéma gérontologique et pour le suivi de sa mise en œuvre est à noter.

Les relations avec les élus et les services du Conseil général se sont améliorées grâce à la participation de Monsieur Gérard BERNHEIM, Premier Vice-président du Conseil général chargé des solidarités, à nos Assemblées plénières et réunions d'informations que nous avons organisées, à celle de Madame Lydie AUTREUX, chargée des personnes âgées à plusieurs réunions de bureau et au suivi très attentif de Madame LANCA SERPE de la direction des Personnes Agées et Adultes Handicapées à la DGA Solidarité.

Représenté au Conseil d'Administration des 5 CLIC existant en Seine-et-Marne, le CODERPA est aussi partie prenante des commissions départementales relatives à l'APA, à la Coordination gérontologique ainsi qu'aux réunions organisées par l'Agence Régionale Hospitalière d'Ile-de-France (ARH) pour l'élaboration de projets médicaux de territoires avec création de Filières Gériatriques.

Dans toutes ces instances, nous avons été porteurs des besoins et revendications des retraités et plus particulièrement de ceux fragilisés par une perte d'autonomie.

Nous nous sommes aussi attachés à participer aux initiatives locales et départementales, ainsi qu'à leurs réunions statutaires initiées par les CLIC, les Associations d'Aide et Soins à Domicile et autres

Associations, telle que France Alzheimer 77 qui développent une action remarquable dans notre département.

Nous avons organisé chaque année des réunions d'information, tant pour les retraités que pour les salariés en fin d'activité professionnelle. Notre dernière initiative du 22 Octobre 2008 avec le Professeur ATLAN a connu un réel succès.

Enfin, nous avons assuré les liens avec les autres CODERPA d'Ile-de-France et avec le Comité National des Retraités et Personnes Agées (CNRPA).

## QUELLES PERSPECTIVES D'ACTION POUR L'AVENIR ?

Le pouvoir d'achat des retraités est en régression depuis plus de 10 ans et plus particulièrement depuis les réformes mises en œuvre par les derniers gouvernements.

Les conditions d'accès au droit à la santé se détériorent par les graves atteintes portées contre la Sécurité Sociale dans la même période.

Avec l'ensemble des Organisations et Associations qui le constituent, le CODERPA est confronté à ces enjeux décisifs, y compris pour nos descendants, qui mettent gravement en cause les droits et la dignité des personnes âgées.

Comment réagir efficacement ?

Nous avons également un déficit très important d'expression parmi les 180 000 retraités du département et au niveau des médias locaux.

Enfin, nos interventions en direction du Conseil Général, notre interlocuteur naturel, mais aussi de l'ensemble des élus et des Pouvoirs Publics, et des professionnels concernés ne sont pas à la hauteur des enjeux, ni des missions de notre ressort.

Entre autres, ce sont là des questions qui me semblent prioritaires pour demain.

J'ai confiance dans la future équipe qui constituera le CODERPA 77, dès le 1<sup>er</sup> Janvier 2009 et qui se réunira dès le 13 Janvier pour son Assemblée Plénière.

Enfin, en tant que Vice Président, je tiens à remercier chaleureusement tous les membres actuels du CODERPA, retraités, animateurs des structures et associations engagées auprès d'eux, élus et personnels du Conseil général qui, avec beaucoup de compétences et de générosité, se sont dépensés sans compter. Sans eux, rien n'aurait été possible.

Henri RENARD

# ACTIVITE DES COMMISSIONS

## COMMISSION « COMMUNICATION ET INFORMATION »

00000000000000000000000000000000

Toujours soucieux d'améliorer la présentation de notre « Cahier du CODERPA », après le renouvellement de sa jaquette, nous y avons introduit des photos d'activités des autres commissions ou de l'ensemble du CODERPA.

Cela semble tout naturel à l'heure du numérique, mais il a fallu modifier le tirage du cahier pour permettre la reproduction de photos en couleur. Voilà qui est fait et qui vous permettra de mieux suivre nos activités.

En octobre, le CODERPA a organisé un rendez-vous important avec le Professeur ATLAN. Son succès est dû, en partie, à la publicité initialisée par la commission et diffusée largement sur l'ensemble de la Seine et Marne.

Les participants à cette manifestation ont reçu, ou recevront, un compte-rendu élaboré par un groupe de travail spécialisé, la commission n'intervenant que pour l'expédition de ce document. Nous aurons donc expédié cette année 4 « Cahier » avec un nombre variable de destinataires à chaque envoi.

Je voudrais, une nouvelle fois, rendre hommage au travail assez ingrat, effectué par une poignée de bénévoles participant aux travaux de la commission.

N'hésitez pas à nous donner votre avis sur ce périodique qui souhaite œuvrer pour que les personnes âgées de notre département fassent partie des préoccupations de nos Conseillers généraux.

*Jean-Louis BIZOUARD*

## COMMISSION « ENVIRONNEMENT ET DEPENDANCE »

La commission est chargée d'aborder la réalité du vieillissement, non dans le virtuel, mais dans le ressenti des personnes ainsi que chez les personnels concernés.

La logique voudrait que l'on s'arrête non sur « ce que l'on ne peut plus faire » mais bien, sur « ce que l'on peut faire et ce que l'on est ! »

Dans la continuité de la réflexion engagée à partir d'une synthèse préparée par Mme OUVARD, membre de la commission, et dégagée du rapport du Pr ATLAN sur « Les inégalités sociales de santé en Ile-de-France », nous avons poursuivi cette réflexion. Ce rapport, validé par le CESR (Conseil Economique et Social Régional) mettait en évidence le lien statistique qui

existe entre les indicateurs de mortalité et/ou de morbidité et la situation sociale des personnes, ceci dans les huit départements d'Ile-de France !

Ce qui a frappé la commission, c'est le classement de notre département : dernier ou au mieux avant-dernier ! Ceci dans la même tendance au plan national !

Pouvions-nous continuer d'accepter, sans réaction, que notre département ait vocation à être lanterne rouge en matière d'offre de soins ?

Le Coderpa, à partir du travail de sa commission, ne se devait-il pas de porter à la connaissance du plus grand nombre des Seine et Marnais la nécessaire évolution à entreprendre ? Et à apporter les suggestions des professionnels, des organisations syndicales, et des associations le composant ?

Il restait à agir : privilégiant la Semaine Bleue, la commission concentra son énergie à la préparation d'une intervention personnelle du Pr ATLAN localement !

La Seine-et-Marne désert médical ? fut le titre d'une conférence/débat réalisée à Melun dont un cahier spécial donnera le compte-rendu. Le débat oral étant difficilement envisageable, toutes les questions posées par écrit auront une réponse.

Il reste à la commission à ne pas s'arrêter là car l'avenir ne garantit pas la réussite du rêve d'un bien vivre et bien vieillir en Seine et Marne !  
*Jacqueline DELAFAITE*

## COMMISSION « BIEN PREPARER ET VIVRE SA RETRAITE » « PARTICIPER A RENOUER LE LIEN INTERGENERATIONNEL »

Dans le dernier cahier « printemps 2008 » il était indiqué dans le compte rendu de cette commission que le Coderpa s'engageait dans la mise en oeuvre de la 6<sup>ème</sup> orientation du schéma départemental en faveur des personnes âgées. La mise en oeuvre du schéma bleu (2006-2011) est un objectif du Conseil Général 77 qui va permettre aux acteurs et partenaires de l'action sociale d'agir concrètement.

Précisément pour le Coderpa il s'agit avec la commission, d'une action sur l'intergénérationnel intitulée « participer à renouer le lien intergénérationnel ».

Un engagement qui a fait l'objet d'une réflexion collective sur la disponibilité de ses membres afin de répondre positivement à l'action N°30 du schéma. Le rythme des réunions s'étant

légèrement accentué, il était nécessaire que le calendrier des retraités bénévoles suive l'évolution des choses, c'est fait...

Nous sommes donc une commission à deux thèmes :

**Le thème N°1** : est le reflet d'une activité construite sur de nombreuses années d'expérience.

✓ Les journées d'information de 2008 « Bien préparer et Vivre sa retraite » réalisées en partenariat avec les communes, les institutions de retraite (AG2R, CNAV, ARRCO-AGIRC), les professionnels de l'action sanitaire et sociale en direction des futurs retraités de 53 à 60 ans, connaissent et vont connaître quelques changements.

Les futurs retraités sont confrontés à des situations directement liées aux problèmes économiques, sociaux, spécifiques à la société Française de notre siècle, de nouvelles formes d'organisation du travail au niveau de leur activité professionnelle qui ne sont pas sans conséquences humaines dans leur période de fin de carrière à partir de 50 ans, jusqu'à 60 ans.

La commission va devoir prendre en considération ces éléments et corriger quelques aspects sur notre pratique de mobilisation des futurs retraités.

La commission a besoin de se donner plus de moyens (budgétaire, administratif, de communication) faire sauter quelques blocages au niveau de l'information (noms et adresses des personnes ciblées, rien à voir avec le fichier Edvige).

Les liens de coopération avec les professionnels apportent à la commission des pistes de travail et de réflexion qui vont redynamiser les actions.

✓ Depuis 2007 sur le thème N°1, le Coderpa s'est donné quelques moyens budgétaires, modestes, mais qui assurent les objectifs proposés par la commission, comme l'organisation de deux journées d'information dans l'année.

✓ Au cours de l'année 2008, les journées furent planifiées ; à notre grand regret une seule a pu se tenir faute de participants.

✓ Pour la mobilisation, le ciblage des futurs retraités, le partenariat commune/Coderpa reste une règle indispensable, mais l'intérêt porté à nos initiatives n'est pas toujours au bon niveau. Le Coderpa devrait avoir sa place dans la vie communale, comme bien d'autres acteurs de la vie sociale, prévenir les futurs retraités de leurs droits, préparer les citoyens à la retraite c'est une action citoyenne.

✓ Les enseignements de l'initiative de Juin 2008 à Mormant, qui a rassemblé 40 futurs retraités sur la journée, nous ont amené à certaines conclusions :

La formation et l'information sur la préparation à la retraite ne font plus partie de la politique sociale des employeurs (taille moyenne) ;

Le Coderpa comble cet abandon, nous ouvrons un espace pour l'expression des futurs retraités ;

Le niveau de participation des futurs retraités résulte aussi de l'implication des élus, du Maire, l'article, l'information donnée dans le bulletin municipal, le mot du Maire donne de la crédibilité à l'initiative proposée par invitation.

## «PARTICIPER A RENOUER LE LIEN INTERGENERATIONNEL»

**Le thème N°2** : Le sujet nous l'avons abordé par une recherche sur Internet, nous avons retenu le rapport \*« La Société Intergénérationnelle au service de la Famille » remis au Ministère à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

✓ Le Coderpa 77 en tant que copilote décide prioritairement de prendre en charge l'action « **participer à renouer le lien intergénérationnel** ».

✓ Un certain nombre de sites est consacré à l'intergénérationnel, mais il n'existe pas de *portail intergénérationnel* permettant de trouver des pistes, les réflexions, les associations, les solutions aux questions qui se posent à beaucoup.

✓ Nous avons étudié l'ouvrage « d'Accordages », « l'intergénération, une démarche de proximité. » Sur son site, on y trouve un certain nombre d'actions intéressantes.

✓ Ce document peut constituer la boîte à outils demandée par le schéma.

✓ Par ailleurs, nous avons repéré des actions intergénérationnelles sur le département, (par relation, par Internet).

Ainsi, nous avons repéré pêle-mêle

- des conseils de sages à Meaux et à Tournan ;
- La section informatique du club " Sourires dans la vallée " à Sablonnières (77), distingué par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ;
- Les rencontres au sein du collège de la communauté de communes de DonnemarieDontilly ;
- La création de la Maison des jeunes de Montry avec les seniors ;
- Hauts comme trois pommes à l'Orée du Bois ;
- Les taxis solidaires, FILIGRANE à Melun ;
- Les racines du Futur à Veneux-Les Sablons ;
- Les Familles Rurales à Voisenon,
- etc

En juin 2007, nous avons envoyé un courrier aux représentants départementaux des organismes, des administrations, des associations, représentés dans le groupe de travail\*.

Une demande de rencontre afin de savoir ce que nous pourrions faire en commun.

✓ Nous avons été reçus successivement par :

- La responsable du service social en faveur des élèves de l'Inspection académique,
- Le directeur de l'Office National des Anciens Combattants,
- Le Directeur de la Direction départementale Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

- L'Association Générale par Répartition (AG2R),
  - La directrice de l'UDAF 77 (Union Départementale des Associations Familiales),
  - L'association « Accueil Hébergement ».
- ✓ Un compte-rendu de chacun de ses entretiens a été fait.

### **POINT ACTUEL DE NOS REFLEXIONS :**

L'idée du portail intergénérationnel : recenser l'ensemble des actions intergénérationnelles dans le département, paraît séduisante. Mais, il apparaît vite que le champ de l'intergénérationnel étant immense, on risque de s'y perdre :

- ✓ à Avon par exemple, il y a 201 associations, elles font probablement toutes un peu d'intergénérationnel ;
- ✓ Au niveau du département, on arrive à plusieurs dizaines de milliers d'associations, on voit mal comment traiter un tel nombre d'informations ;
- ✓ En fait, il est plus facile de définir ce qui n'est pas une action intergénérationnelle que ce qu'elle est.

Nous poursuivons cependant la réflexion sur ce point et suivons avec intérêt l'expérience « d'accordages » qui paraît le mieux placée pour réaliser le portail intergénérationnel.

L'idée qui ressort est qu'il faut pousser les actions intergénérationnelles continues, qui s'inscrivent dans la durée et pas les manifestations feux de paille.

- ✓ A la suite des rencontres que nous avons eues, nous avons particulièrement retenu :

**l'intérêt du logement intergénérationnel pour les étudiants.**

### **POINT ACTUEL DE NOS ACTIONS**

- a) **En réflexion deux questionnaires** s'adressant :
- l'un aux personnes âgées disposant d'une chambre libre à leur domicile et désireux de compagnie, d'une présence vigilante et sécurisante, avec partage des tâches pour

simplifier leur vie quotidienne ou simplement compléter leurs revenus ;

- l'autre répondre au problème de pénurie de logement étudiant, en s'adressant aux étudiants en recherche de logement, en proposant une formule de cohabitation originale. Des associations y travaillent, ont obtenu des résultats, participent au changement des mentalités et à l'amélioration de la qualité de vie avec l'aide des régions, des départements.

b) **Reprise d'une enquête ancienne** avec les guides cantonaux, mise sur Internet avec mot de passe envoyé aux communes.

c) **Enquête sur les actions intergénérationnelles dans les maisons de retraite.**

Partant de l'exemple de la maison de retraite l'Orée du Bois, nous avons lancé un questionnaire afin de recenser les actions intergénérationnelles menées dans les maisons de retraite.

Les objectifs de 2009 de la commission sous couvert de l'accord du prochain bureau du Coderpa nous pourrions reprendre en plus des points vu ci dessus :

- ✓ L'accueil des étudiants chez les personnes âgées, qui nous semble urgent dans le cadre de la situation économique et sociale actuelle.
- ✓ Obtenir les moyens de développer la pratique du logement intergénérationnel en Seine-et-Marne :
  - En créant une association relais,
  - Trouver au moins une personne s'occupant des visites et de la mise en place de l'association, de la recherche de subventions, de constituer le bureau de l'association.....
  - Poser le problème au Conseil Général sur le financement d'une représentation de l'association Parisolidaire ou une autre sur le département.

*Michel CHALAND- Président de la commission*

# LES AGENCES REGIONALES DE SANTE (ARS)

Après avoir écouté le Professeur Atlan, le lien se fait naturellement avec le grand projet de réforme de l'ensemble des organismes de santé qu'est la création, sur 3 ans, des Agences Régionales de Santé.

Le but à atteindre est la suppression des dysfonctionnements dénoncés par le Professeur, antérieurement aux critiques du rapport de Philippe Ritter, Préfet honoraire et ancien Directeur d'Agence Régionale d'Hospitalisation et des conclusions de la Mission parlementaire sur les ARH, présidée par Yves Bur, député du Bas Rhin.

L'indicateur retenu pour mesurer l'état de santé d'un pays est l'espérance de vie (E D V). Si elle paraît globalement satisfaisante en France, le résultat est le même dans des pays qui dépensent beaucoup moins :

- La mortalité maternelle et masculine est élevée, les inégalités sociales et géographiques importantes (ingénieurs/manœuvres, Paris/Seine Saint Denis).
- 4 millions de personnes ont des difficultés d'accès aux soins.
- L'efficacité de notre système de santé n'est pas au top niveau.
- Le Japon a une espérance de vie de 2 ans supérieure à la nôtre, alors que notre dépense est supérieure de 40% par habitant.
- Ces dépenses de santé sont à 11% du PIB et croissent plus vite que la richesse nationale : en euros courants, elles ont augmenté de plus de 50% en 10 ans (progrès techniques, demandes des usagers, mode de consommation).

Si nous continuons sur cette lancée, la pérennité du système est en jeu.

D'où proviennent ces mauvais résultats ?

Les deux rapports sus-indiqués sont parfaitement concordants. La mission parlementaire conclut : « Unanimement la mission considère que l'organisation de notre système de santé « en tuyaux d'orgue » segmente artificiellement la prise en charge de la santé des français en plusieurs secteurs pourtant interdépendants : la prévention, la médecine de ville, l'hôpital, le secteur médico-social, dont le pilotage est cloisonné. Il en résulte des ruptures dans la prise en charge des patients et surtout des risques importants pour la viabilité financière de notre système de santé ».

Actuellement, les compétences sont réparties de façon très complexe entre : l'Etat, la DRASS, les DDASS, les collectivités locales et les différents régimes d'assurances maladies : CNAMTS, RSI, MSA.

Le partage des responsabilités est imprécis, chaque autorité ayant son outil stratégique :

- Le PRSP, Plan Régional de Santé Public arrêté par le Préfet de Région,
- Le PRAM, Plan Régional de l'Assurance Maladie, arrêté par l'URCAM, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie,
- Le SROS, Schéma Régional d'Organisation des Soins, arrêté par le Directeur de l'ARH.

Dans le secteur médico-social, le PRIAC, Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicapés et de la perte d'autonomie, arrêté par le Préfet de Région et les schémas départementaux, arrêtés par les Présidents des Conseils Généraux.

Trop de responsables conduit à un manque de responsabilités !

Que contient la réforme ?

En 2010, les ARS seront fonctionnelles. Elles engloberont alors tout ce qui concerne la santé : hôpitaux, cliniques privées, médecine de ville, ce qui implique la disparition des ARH, URCAM, GRSP (Groupement Régional de Santé Publique), MRS (Mission Régionale de Santé) et une reconfiguration importante des DDASS et des DRASS ;

Les ARS, structure additionnant les faces de l'Etat et de l'Assurance Maladie superviseront :

- Prévention et éducation
- Soins ambulatoires
- Soins hospitaliers
- Secteur médico-social
- Gestion du risque et régulateur des dépenses
- Toute la politique de santé publique

Il appartient à Madame la Ministre de la santé, Roselyne Bachelot de mettre en œuvre « La plus grande réforme administrative depuis 25 ans ».

Nous devons rester vigilants devant une telle réforme conditionnant l'avenir de notre système de santé et nous souhaitons dès maintenant que les ARS coordonnent les départements d'Ile de France en donnant à la Seine et Marne la place qui lui revient en fonction de l'importance de sa superficie.

La première mesure consisterait en la création, à Melun, d'un Centre Hospitalier Universitaire.

Jean-Louis Bizouard

## LIBRES OPINIONS

La mise en place des ARS (Agence Régionale de Santé) pose de graves questions :

Créées dans le cadre de l'adoption de la loi « Hôpital-patients-santé-territoires », les ARS seront des structures étatiques qui piloteront autoritairement l'ensemble de la politique hospitalière, de santé et d'action sociale, sans possibilité de concertation au niveau des régions. Déconnectées des besoins réels des populations, elles n'auront qu'un seul objectif : réduire à tout prix les coûts.

Se situant dans la droite ligne des politiques menées depuis 6 ans, elles imposeront de nouvelles suppressions de lits, de services et de personnels.

Ainsi en Seine-et-Marne, il est prévu que seuls 2 hôpitaux - Melun et Meaux- seront de plein exercice, les autres étant à terme réduits à n'assurer que des soins de suite, la gériatrie et la psychiatrie.

Le futur hôpital de Jossigny, dont le ministre craint de poser la première pierre, est prévu avec un déficit de 150 lits face aux besoins actuels. D'ici la fin de sa construction, la population sur ce territoire va s'accroître. Le déficit par rapport à cette date sera de combien ?

Les casses de services publics de santé prévues obligeront alors les patients à s'adresser aux cliniques privées. Celles-ci pratiquant le tri des malades « rentables » et les dépassement d'honoraires pour leur plus grand profit, comment les patients pourront alors se soigner ?

Les ARS géreront également l'action sociale.

Dans la même orientation que celle de l'actuelle majorité qui prévoit la récupération de l'APA sur le patrimoine du bénéficiaire ?

Economiser, nous affirme-t-on, est obligatoire. Soit . Mais regardons du côté ressources !

La loi de finances 2009 prévoit de nouveau 33 milliards d'euros d'exonération de cotisations sociales au détriment du budget de la Sécurité Sociale ; comme les exonérations des dernières années, celles-ci n'ont aucun effet positif sur l'emploi. Il n'est que de constater les charrettes quotidiennes de licenciement massifs alors qu'en 2008, les entreprises du CAC 40 ont déjà encaissé plus de 90 milliards d'euros de profits.

Redonnons donc à la Sécurité Sociale les ressources auxquelles elle a droit et on pourra normalement soigner les gens.

Face à la crise financière provoquée par une spéculation effrénée, le gouvernement a débloqué plus de 400 milliards pour les banques. En même temps, il veut imposer la poursuite des réformes qui nous conduisent dans le mur.

Ne peut-on consacrer 10 ou 15 milliards d'euros supplémentaires pour la santé qui est, je le rappelle un investissement essentiel pour le pays ?

Oui, il faudra imposer aux ARS d'autres choix que ceux pour lesquels elles sont créées.

*Henri RENARD  
Représentant CGT au Coderpa*

## CINQUIEME RISQUE

Il nous a semblé très intéressant de diffuser la synthèse du rapport d'étape de la mission d'information sénatoriale sur la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

La terminologie employée, **cinquième risque**, est la même que celle des organisations syndicales qui demandent que le financement soit pris en charge par la prévention sociale dans le cadre

d'une cinquième branche ou cinquième risque. D'autre part, des chiffres intéressants sont indiqués, en particulier la répartition des charges entre l'Etat et les Départements.

Ceci étant dit, il est évident que des divergences existent et que nous ne sommes pas tous d'accord avec la position du Sénat auquel nous laissons la responsabilité de ce texte.



## CINQUIÈME RISQUE : LE RAPPORT D'ÉTAPE DE LA MISSION D'INFORMATION DU SÉNAT

*Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*

Présidée par M. Philippe MARINI (UMP – Oise)

Rapport d'étape de M. Alain VASSELE (UMP - Oise)

### **La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie : une implication forte des finances publiques**

➤ La dépense publique liée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées peut être aujourd'hui évaluée à environ **19 milliards d'euros**, soit l'équivalent d'un point de produit intérieur brut. En termes d'effort public, la France se situe au même niveau que ses principaux partenaires européens.

Ce coût est principalement supporté par l'assurance maladie (60 %) et les départements (20 %). L'Etat intervient essentiellement à travers des dépenses fiscales. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) complète ces financements avec des ressources propres affectées : fraction de CSG et contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

#### **L'effort public en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie en 2008**

(en millions d'euros)

Etat	390
Assurance-maladie	11 400
Départements	4 200
dont APA	3 020
CNSA	2 970
dont APA	1 520
<b>Total</b>	<b>18 960</b>

Source : projections de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

➤ **L'allocation personnalisée (APA)** a été créée par la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Elle s'est substituée à la prestation spécifique dépendance (PSD), mise en place en 1997.

Son montant a atteint **4,5 milliards d'euros** en 2007, dont les deux tiers à la charge des départements et un tiers de la CNSA.

Le nombre des bénéficiaires de l'APA était de **1 078 000** au 31 décembre 2007, dont 61 % résidaient à domicile et 39 % étaient hébergés en établissement.

Leur taux de croissance est en diminution par rapport aux tendances constatées depuis le début de la décennie, mais reste élevé : + 5,1 % entre 2007 et 2006, contre + 8,1 % l'année précédente.

L'APA est une prestation en nature versée dans la limite d'un plafond fonction du Gir (groupe iso-ressources) d'appartenance du bénéficiaire, pour les personnes classées dans les Gir 1 à 4. Au 1<sup>er</sup> janvier 2008 les plafonds étaient :

Gir 1 : 1 208,94 €

Gir 2 : 1 036,19 €

Gir 3 : 777,32 €

Gir 4 : 518,55 €.

➤ **Les dépenses de soins** dispensées dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes s'élèvent à 7,7 milliards d'euros, dont 6,8 milliards pris en charge par l'assurance maladie (Ondam médicosocial personnes âgées et longs séjours hospitaliers) et 0,9 milliard par la CNSA. On estime, par ailleurs, à 4,6 milliards d'euros les dépenses de soins de ville et de court séjour hospitalier dues aux personnes âgées dépendantes.

➤ Depuis 1997, les établissements appliquent une **tarification ternaire** : un tarif dépendance pris en charge par l'APA (sous réserve du ticket modérateur acquitté par le bénéficiaire), un tarif soins versé par l'assurance maladie et un tarif hébergement dont la charge incombe à la personne hébergée et à sa famille.

➤ Plusieurs **plans pluriannuels** ont été mis en œuvre ces dernières années pour accroître l'offre de structures d'accueil pour personnes âgées :

- le plan « Vieillesse et solidarités » qui a couvert la période 2003-2006 ;

- le plan « **Solidarité-Grand Age** », adopté en 2006 et confirmé en 2007, dont l'application s'étend jusqu'en 2012. Initialement prévu pour permettre d'apporter 2,3 milliards d'euros supplémentaires à l'assurance maladie, son coût a été réévalué à 4 milliards (dont 0,9 milliard au titre des créations de place et 2,6 milliards pour l'effort de médicalisation). A compter de 2008, le nombre des créations annuelles de lits en Ehpad a été porté de 5 000 à 7 500 afin de prendre en compte l'objectif de maintien du taux d'équipement (467 places/mille habitants de plus de 85 ans).

- les trois plans « **Alzheimer** » : en 2001, 2004 et 2008, ce dernier plan couvrant la période 2008-2012.

➤ La loi Handicap du 11 février 2005 a par ailleurs créé un outil de gestion décentralisé : les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (**Priac**). Élaborés au niveau régional, les Priac doivent tenir compte des schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale (SDOSMS) définis par les conseils généraux.■

## Enjeux et défis

### *Vieillesse de la population et finances publiques*

➤ Selon les projections de l'INSEE, la population des **plus de 75 ans** devrait **doubler** approximativement, en nombre et en proportion, d'ici à **2050** (de 8 % à près de 16 %, soit 11 millions de personnes).

D'ici à 2015, les plus de 85 ans vont croître de moitié (de 1,3 million à 2 millions d'individus)

➤ La prévalence de la dépendance n'augmentera pas au même rythme, car l'état de santé des générations futures va continuer de s'améliorer. Trois facteurs d'entrée en dépendance sur quatre devraient voir leur poids diminuer : les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'arthrose et les problèmes coronariens. Les schémas d'évolution du quatrième - les **démences** - sont beaucoup plus difficiles à définir et constituent la **principale inconnue** des projections concernant la dépendance.

➤ Si le nombre de personnes âgées dépendantes devrait croître en moyenne de 1% par an, **l'évolution ne serait pas linéaire** : une première accélération est en cours et devrait connaître un pic en 2012 ; une période

creuse la suivra du milieu de la prochaine décennie jusqu'à la fin des années 2020. Une seconde et forte accélération se produira alors, correspondant à l'arrivée au grand âge des générations du baby-boom.

➤ **A l'horizon 2025**, à la veille du second pic de croissance du nombre des personnes âgées dépendantes, le vieillissement de la population pourrait engendrer des dépenses supplémentaires de l'ordre de 2 à 3 points de Pib. La dépendance, à elle seule, absorberait un demi-point pour atteindre **1,5 % de la richesse nationale**.

➤ Il existe d'ores et déjà un important sujet d'interrogation sur le rythme d'évolution actuel de l'APA, dont la montée en charge devrait pourtant être achevée et dont les taux de progression demeurent sensiblement plus élevés que ceux de la population âgée dépendante. En particulier, les Gir 4 à domicile continuent de croître au rythme de 10% par an.

➤ Dans les faits, ce sont **les départements** qui ont absorbé l'essentiel du boum de croissance de l'APA depuis sa création : alors que l'Etat, via la CNSA, contribuait à 43 % de son financement à l'origine, sa part est tombée au tiers en 2007.

### *Efficiences de la dépense publique en établissement d'hébergement*

- La gestion du risque est un concept quasi-absent dans la gestion du secteur médico-social.
- **86 %** des Ehpad sont financés par un **forfait soins partiel** qui n'inclut ni les honoraires médicaux, ni le plus souvent les dépenses de médicament ; ce système de tarification contredit la logique de tarification à l'activité en vigueur en matière de soins et n'incite pas les gestionnaires à améliorer leur productivité.
- A service rendu identique, les **écarts de coûts** de fonctionnement à la place dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes vont **de 1 à 3**, sans autre justification que le maintien de dotations reconduites d'année en année sur des bases historiques.

### *Restes à charges et solidarités familiales*

- **Les ménages** acquittent au moins **7 milliards d'euros** par an en complément des ressources fournies par la solidarité nationale pour la couverture des frais liés à la dépendance : 650 millions pour le ticket modérateur de l'APA à domicile, 700 millions pour le ticket modérateur en institution et 5,7 milliards au titre des frais d'hébergement en Ehpad (nets des aides au logement et de l'aide sociale des départements). Cette estimation *a minima* ne comprend pas les dépenses non prises en charge dans le cadre des plans d'aide à domicile.
- Près de **80%** des personnes hébergées en institution disposent d'un revenu inférieur au coût de leur séjour. En moyenne, le montant mensuel du tarif hébergement est de 1 500 euros et le ticket modérateur de l'APA est de 140 euros. Les retraites brutes sont de l'ordre de 1 200 euros (1 000 euros pour les femmes, qui sont les plus nombreuses en établissement).

Les aides apportées (allocations logement et réduction d'impôt) sont ciblées sur les bas et sur les hauts revenus, créant une **courbe en U** au détriment des classes moyennes qui apparaissent délaissées.

- A domicile, les plans d'aide des personnes isolées, sans aidants familiaux, sont **deux fois plus** souvent au plafond légal que ceux des personnes entourées par leurs proches ou le voisinage. Les plans d'aide prennent également insuffisamment en compte les spécificités des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en phase initiale.

### *Marché assurantiel et attentisme*

- Le nombre des souscripteurs à un contrat d'assurance contre le risque de dépendance (individuels ou dans un cadre collectif) est de 2,5 à **3 millions**, ce qui place le marché français au deuxième rang mondial après les Etats-Unis. La performance doit cependant être relativisée au regard des 13 millions de retraités.
- Après avoir beaucoup progressé à la fin des années 1990, le marché de la dépendance a enregistré une inversion de tendance assez sensible en 2006 et 2007. Beaucoup d'assurés potentiels sont en attente des décisions de financement qui seront prises.
- Du point de vue des assureurs : il existe un **problème de sensibilisation** du public, notamment du public jeune, à l'égard d'un risque dont la réalisation est aléatoire et éloignée dans le temps ; par ailleurs, la couverture de la dépendance légère ou moyenne est difficilement assurable.
- Du point de vue des assurés : la demande se porte plutôt vers des **prestations en nature** (offre de services), alors que les assureurs privilégient les sorties en rentes.

### *Simplifications et décloisonnements*

- L'enchevêtrement des compétences entre les acteurs de la dépendance (départements, Etat, CNSA, assurance maladie...) reste important et complique la prise de décision.
- L'une des justifications de la création des **agences régionales de santé (ARS)** est le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. L'enjeu est de taille : la reconversion de lits entre les deux secteurs offre un potentiel d'économie d'un milliard d'euros pour l'assurance maladie et permettrait le transfert de 30 000 lits vers les Ehpad.

### *Des enseignements des pays étrangers ?*

Les exemples étudiés par la Mission apparaissent pour l'instant peu probants :

- La **Grande-Bretagne** n'a pas fait jusqu'à présent de la dépendance une priorité de ses réflexions dans le domaine social.
- L'**Allemagne** a créé dès 1995, au sein de la sécurité sociale, une branche dépendance aujourd'hui en situation de déficit structurel. Le plan de sauvetage qui vient d'entrer en vigueur cessera de produire ses effets en 2014.■

## Les principales orientations proposées par la Mission

### 1. Un effort plus équitable en direction des bénéficiaires de l'APA à domicile

- Relever les **plafonds** d'aide de façon ciblée pour les personnes isolées et les patients atteints de maladies neurodégénératives (comprenant une aide accrue aux aidants de patients atteints d'Alzheimer)
- Permettre une revalorisation des **plans d'aide**
- Améliorer la grille **Aggir** pour parvenir à un usage uniforme de cet outil sur tout le territoire et mieux prendre en compte la spécificité des maladies neurodégénératives. A défaut, adopter un autre outil
- Solliciter les **patrimoines** les plus élevés par le choix offert à l'entrée en dépendance entre une APA à 50% ou une prise de gage de 20 000 euros au maximum sur la fraction du patrimoine dépassant un seuil déterminé (seuil à fixer à partir de 150 000 euros)

### 2. Un reste à charge maîtrisé et une dépense plus efficace en établissements d'hébergement

- Transférer les dépenses d'animation-service social et une part accrue des charges de personnels d'entretien du tarif hébergement sur le tarif dépendance ; alléger le tarif dépendance de la part des charges d'aides-soignants qui lui incombent pour les reporter sur le tarif soins (diminution de près de 200 euros du **reste à charge** pour les familles ; opération neutre pour les départements ; transfert d'un milliard d'euros de charges nouvelles sur l'assurance maladie)
- Etablir une **échelle dégressive** de versement de l'APA en établissement
- Accroître l'**efficacité** de la dépense de soins en établissement en agissant dans trois directions principales : la généralisation des **forfaits globaux**, la résorption des écarts de coûts par la mise en place d'une **convergence** des tarifs soins (gain potentiel de 350 millions d'euros), la **reconversion** de lits de court séjour en lits d'Ehpad (gain potentiel de 200 à 300 millions d'euros)
- Mettre en place des **référentiels de coûts** d'hébergement et rendre ces référentiels opposables, afin de garantir que la diminution du reste à charge bénéficiera bien aux bénéficiaires et à leurs familles
- Réallouer pour partie au secteur médicosocial, dans la transparence, les ressources de **CSG** correspondant aux **excédents** à venir de la branche Famille (4 milliards d'euros en 2012)

### 3. Une articulation à définir entre le socle solidaire et l'étagage de financement assurantiel

- Instituer un **processus conjoint** administrations publiques/assureurs pour le déclenchement des prestations en cas de dépendance
- Garantir la « **portabilité** » des contrats pour les souscripteurs qui souhaiteraient changer d'assureurs
- Permettre la déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance sur un contrat épargne retraite, dans les mêmes conditions que les cotisations de base aux régimes d'épargne (**PERP**)
- Ouvrir la possibilité de convertir des contrats d'**assurance vie** en contrats dépendance, sans que cette transformation ne soit considérée comme une novation fiscale, c'est-à-dire sans coût ou pénalité pour l'assuré
- Réfléchir au développement de mécanismes facilitant pour **les personnes à bas ou moyens revenus** la souscription, sur une base volontaire, d'un contrat de prévoyance

### 4. Une gouvernance à renforcer et à simplifier

- Etablir un **partage à égalité** Etat (CNSA)/ Départements pour le financement de l'APA
- Modifier les critères de **péréquation** pour la répartition de l'enveloppe d'APA afin de garantir une approche plus juste de la charge objective pour les départements (suppression de la référence au RMI ; institution d'un critère de revenu des ménages)
- Créer un conseil d'administration de la **CNSA** dans lequel seraient représentés l'Etat et les départements ; associer les assureurs dans le cadre d'un comité spécifique
- Prévoir l'élaboration conjointe des **PRIAC** par les départements et les futures ARS au travers d'une structure de concertation
- Expérimenter, sur une base volontaire, une **gestion déléguée aux départements** des crédits d'assurance-maladie des Ehpad

## INFORMATIONS DIVERSES

### **A. Le médecin coordinateur en EHPAD (1 par établissement) Voir décret 2005-560 du 27.05.05**

Doit être diplômé en gériatrie, ou capacité de gérontologie.

Il élabore le projet général de soins et donne son avis sur les admissions des personnes.

Il organise la coordination des professionnels, évalue et valide l'état de dépendance des résidents.

Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques et contribue auprès des professionnels de santé à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments.

### **B. Service à la personne (bilan de la loi du 26 juillet 2005, après 32 mois d'existence)**

Quatre mesures devaient favoriser l'application de cette loi, à savoir :

Le Chèque Emploi Service Universel.

La création d'enseignes de références (marques associées à un engagement de qualité de service).

La réduction de charges sociales.

Et la défiscalisation, TVA à 5,5%.

Si ce plan mis en place en 2005 a permis aux emplois familiaux d'augmenter de 20%, les objectifs n'ont pas encore été atteints, en partie parce que le secteur privé reste en retrait, et les 500 000 emplois ne seront pas atteints à fin 2008, faute de demandes des particuliers de services à la personne.

### **B. Développement durable.**

#### **C.**

Pour certains c'est quoi ?

Cette priorité se réfère aux risques environnementaux qui menacent la planète (CO<sub>2</sub> – augmentation de la température, etc.) ; puis en France il y a eu le « Grenelle vert » qui a fait prendre à chacun conscience des dangers que la Terre pourrait subir avec les excès d'utilisation de produits chimiques ou industriels nocifs, la façon de vivre et de consommer.

C'est devenu le respect de l'environnement, car le développement durable fait partie intégrante de l'économie de marché et du respect des ressources naturelles.

### **D Représentation des retraités et personnes âgées dans les Conseils d'Administration des CCAS et CIAS.**

Il est rappelé que suite aux élections municipales (9 et 16 mars 2008), les Conseils d'Administration des Centres Communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS) auront dû être renouvelés. Parmi les membres nommés par la Mairie de la commune pour le Centre Communal ou par le président de l'établissement public de coopération intercommunale, doit se trouver, notamment, un représentant des associations de retraités et personnes âgées.

### **La faculté de médecine de Grenoble pour l'égalité des chances !**

Neuf élèves sur dix échouent à l'entrée de la seconde année ! après le Premier Cycle d'Etudes Médicales de Première année (PCEM1)

Bernard SELE, doyen de la faculté Iséroise a créé il y a deux ans une nouvelle pédagogie :

- suppression des cours en Amphis de 700 étudiants (vacarme !)
- distribution d'un DVD de 500 heures de cours (ce qui égalise les chances)
- DVD consultable dans l'Amphi.

Bilan social fin 2007 : le nombre des étudiants de catégories socio- professionnelles a doublé ! 15% contre 7% antérieurement !

Impact de la bourse d'Etat : 30% de chances en moins qu'un fils de cadre ! Le recours aux « Boîtes Privées » étant inaccessible (1500 à 3000 euros) pour les étudiants modestes !

La progression est très encadrée : rythme mensuel divisé par quatre

- apprentissage des cours sur DVD,
- formulation des questions aux enseignants sur Internet ( 45 000 en 2007),
- réponses en groupes de 1500 étudiants,
- tutorat effectué par des troisièmes années rémunérées et notées.

Chaque tuteur rédige deux QCM (questionnaires à choix multiples) par semaine, semblables à celles des sessions annuelles d'examens.

Revers de la médaille : 75% des étudiants se sentent isolés (ambiance internat !) contre 60% les années précédentes ! L'indicateur de présentation à l'examen a augmenté de 5% !

Sont intéressées : les universités de Tours, Montpellier, Reims, Amiens (rentrée 2009) ainsi que Madagascar, Djibouti et le Cameroun !

*Paru dans « La Croix » du 20.09.2008*

# LE COMITÉ NATIONAL DES RETRAITÉS ET PERSONNES AGÉES (CNRPA)

Cet organisme, issu de la loi du 14 août 2004, est habilité par les pouvoirs publics, à examiner tous les textes officiels élaborés en direction des retraités et personnes âgées, qu'ils concernent les retraites (sauf leur montant du domaine des organisations syndicales), et les conclusions du C.O.R (Conseil d'Orientation des Retraites), des questions ayant trait à la situation des personnes âgées, des problèmes de santé de celles-ci.

Il a vocation d'animer des « Commissions Régionales » envisagées tous les semestres. Il peut organiser une rencontre nationale avec l'ensemble des CODERPA.

Les commissions internes au CNRPA, sont essentiellement celles de : la santé, les ressources, la territorialité.

## LES INSTANCES REGIONALES ET SCHEMAS DE NIVEAU REGIONAL

**Le CROSMAS** (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale) donne un avis préalable aux décisions de l'autorité publique : Préfet – Président de Conseil général et notamment sur les projets de schémas gérontologiques départementaux et régionaux.

**Le CROS** (Comité Régionale d'Organisation Sanitaire) donne son avis dans le domaine sanitaire, sous la compétence du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en Ile-de-France (ARH-IF).

**La CRS** (Conférence Régionale de Santé) donne son avis sur la détermination des objectifs régionaux de santé publique.

Les schémas régionaux sont au nombre de 3 :

Programme régional de santé publique (PRSP)

Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)

Le Programme Interdépartemental d'ACcompagnement de la perte d'Autonomie (PRIAC)

La CORERPA (nouvellement association des CODERPA) est représentée dans ces organismes, comme elle l'est au Conseil Economique et Social Régional (CESR) et dans le Syndicat des Transports de l'Ile-de-France (STIF), sans omettre les relations avec le Conseil Régional et la préfecture régionale.

Les représentants du CODERPA de la Seine-et-Marne, continueront à participer à la vie régionale des retraités et personnes âgées.

## TABLE RONDE DES USAGERS

Elle s'est tenu le 6 février 2008 à Paris – Le CNRPA était représenté, les thèmes abordés ont été les suivants :

1. Quel vécu sur le terrain : aides apportées et libre choix entre établissement et domicile ?

2. Quelle architecture institutionnelle ? Quel champ

pour le 5<sup>ème</sup> risque ?

3. Quel reste à charge pour les familles ?

## LES COMMISSIONS REGIONALES

### Schéma d'organisation des commissions régionales

1- Le contexte

Une nouvelle mission a été confiée au CNRPA par le décret 2006-609 du 26 mai 2006 (l'art.D149-2 du code de l'action sociale et des familles) : « Le Comité national constitue et anime des commissions régionales.

Deux niveaux actuels de représentation des retraités :

le niveau national avec le CNRPA et les instances extérieures dans lesquelles il dispose de sièges occupés par ses représentants.

le CNRPA est placé auprès du ministre chargé des personnes âgées. Ce comité à caractère consultatif assure la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique de solidarité nationale les concernant cf.art.D149-1 du Code de l'action sociale et des familles».

le niveau départemental avec les CODERPA placés depuis la loi du 14 août 2004 auprès des présidents de Conseil général et les instances de représentations.

«le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées est une instance consultative placée auprès du président du Conseil général. La composition et les modalités de fonctionnement des comités départementaux des retraités et personnes âgées, qui réunissent notamment des représentants des associations et organisations représentatives, sur le plan local, des retraités et personnes âgées, sont fixées par délibération du Conseil général. Les membres du comité sont nommés par arrêté du président du Conseil général (cf. art. L. 149-1 du CFAS) ».

Le « chaînon manquant » : Les retraités et personnes âgées doivent être présents au niveau régional pour pouvoir s'exprimer :

Dans les principaux chantiers concernant les personnes âgées menées au niveau de chaque région administrative et majoritairement sous compétence du préfet de région (DRASS) ex. : PRIAC (Programme Interdépartemental d'ACcompagnement de la Perte d'autonomie), PRSP (Programme Régional de Santé Publique), et du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (notamment le SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire), etc. Dans les instances consultatives en particulier Conseil Economique et Social Régional, Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Social etc.

# LE LAVAGE DES MAINS

Dans un établissement de soins la transmission des germes se fait essentiellement par les mains des soignants. Soumises à de nombreux contacts, les mains sont des relais contaminants. Elles sont le moyen de transport privilégié de micro-organismes qui passent ainsi d'une personne à l'autre, de site en site.

Les mains du personnel sont à l'origine de transmissions de flore. Elles seront secondairement responsables des infections nosocomiales.

## **Attention : la main propre soigne et la main sale contamine.**

Les méthodes de lavage des mains enseignées dans les écoles d'infirmiers doivent être connues des aides à domicile qui interviennent mille fois par jour par des gestes anodins mais indispensables. Par sa fonction, l'aide à domicile est amenée à multiplier les théâtres d'opérations, passant d'un domicile à l'autre, enchaînant les gestes de la vie quotidienne, soulageant les personnes dépendantes de quantités de travaux : préparation des repas, nettoyage du linge, ménage etc... De la cuisine à la chambre, en passant par les sanitaires et autres salles d'eau, elle accroît, dans de fortes proportions, ses chances d'entrer en contact avec des zones souillées, potentiellement contaminées. Elle peut ainsi devenir, si elle n'y prend garde, un vecteur de dissémination de germes et participer au développement ou à la propagation d'infections graves en milieu fragilisé.

Le lavage des mains a pour but d'éliminer la flore transitoire ou superficielle et de diminuer la flore commensale ou résidente, afin de prévenir la transmission manuportée.

Qu'il soit simple ou antiseptique, le lavage des mains requiert du temps, 30 secondes pour un lavage simple, une minute pour un lavage antiseptique. Il est recommandé aux aides à domicile d'avoir leur propre matériel de lavage :

- Distributeur de savon liquide ou antiseptique,
- Distributeur d'essuie mains à usage unique.

La peau est un organe membraneux doux, épais, résistant, flexible et imperméable, étendu sur la surface du corps. Elle est constituée d'un épiderme recouvrant un derme conjonctif ».

dessinant les papilles dermiques et contenant de nombreux corpuscules du tact et des anses vasculaires.

A la peau sont annexées des productions secondaires cornées, poils et ongles, les phanères.

En milieu hospitalier, le lavage des mains commence par un équipement adapté comprenant les accessoires suivants :

Un poste d'eau réservé uniquement au lavage des mains,

Une commande non manuelle pour son fonctionnement,

Un distributeur à savon toujours rempli,

Un distributeur pour papier d'essuyage à usage unique,

Une poubelle à déchets ménagers placée à proximité du poste de lavage des mains.

Tous les produits doivent être vérifiés quant à leur date de péremption et il est nécessaire d'utiliser la même gamme de produits pour la pratique du lavage des mains et la détergence des plaies ( problèmes de compatibilité entre produits).

Ne pas oublier que l'hygiène en milieu hospitalier commence par :

- Une tenue adaptée à manches courtes,
- L'absence de bijoux aux mains et avant-bras,
- Ongles courts et dépourvus de vernis,
- Cheveux attachés.

Enfin le port de gants ne dispense pas de se laver les mains avant de les enfiler et après leur retrait. Une règle d'or pour une bonne utilisation des gants :

- 1 patient 1 paire de gants,
- 1 soin 1 paire de gants,
- Retirer les gants sitôt le soin terminé,
- Assurer l'hygiène des mains avant et après le port des gants,

Ne pas oublier que les gants protègent le soignant, mais peuvent être à l'origine de la transmission de bactéries.

**« Le lavage des mains constitue le premier moyen de lutte contre l'infection nosocomiale sur le plan historique et sur le plan de l'efficacité. C'est la barrière déterminante pour limiter les infections nosocomiales à transmission interpersonnel**

*source : Hôpital de Brie-C te Robert*

## SCIENCE FICTION ET MORALISATION

Le 22 octobre dernier, lors d'un colloque à Melun, le Professeur Atlan nous a fait part de son rapport sur l'état de la Santé en Ile de France, constat peu réjouissant particulièrement pour notre département. Ce n'est malheureusement pas une exception dans notre pays mais plutôt le résultat d'une politique de santé. La situation s'est aggravée très vite ces dernières années. Est-ce inéluctable ?

Depuis plusieurs années, la réponse à cette question est invariablement : «Déficit de la Sécurité Sociale». Ce trou abyssal à géométrie variable est censé culpabiliser des malades irresponsables. Il y a pourtant d'autres aspects à prendre en compte : cotisations non payées par l'Etat, exonérations (multiples et sans effet) de charges patronales... Mais alors là, pas question d'y toucher, on saboterait la croissance(sic).

Le vrai scandale est que l'un des pays les plus riches du monde ne puisse pas soigner correctement ses habitants. Et plus encore que le pays le plus riche du monde – les USA –compte 45 millions de personnes sans assurance maladie.

Toutes ces considérations n'ont jusqu'à présent pas ébranlé nos gouvernants dans leur marche forcée vers la privatisation des systèmes de soins. Mais un élément nouveau est apparu... LA crise. Panique générale dans le monde !

Que se passe-t-il donc ? Bonne question : le citoyen lambda est bien incapable d'y répondre ! D'autant plus qu'il est submergé par des explications diverses, contradictoires et inquiétantes. On y perd le latin que l'on n'a pas appris... Globalement, on croit comprendre que la course au profit s'est emballée.. plus de contrôles... plus de limites... un système économique s'effondre.

Alors, pour le maintenir sous perfusion, les Etats qui n'avaient plus un sou sauvent les banques qui avaient tout perdu pour qu'elles puissent réinvestir.. ??? Mais ces Etats ne sont pas contents, ce n'est pas bien , il va falloir moraliser le système.

« La politique est la science de faire pour le mieux, au sens moral du terme, et pour le bien public »<sup>2</sup>

Il était temps de se rendre compte que ce n'était pas faire pour le mieux pour un tout petit nombre, au sens immoral du terme et contre le bien public.

La leçon est amère, mais il est encore temps de choisir le mieux pour tous : c'est cela le courage en politique.

Danielle Brétéché FGR FP

*1« Genre (littéraire et cinématographique) dont la fonction se fonde sur l'évolution de l'humanité et ,en particulier, sur les conséquences de ses progrès scientifiques » Petit Larousse*

*2 Aristote, Ethique de Nicomaque livre 1*

## POUVOIR D'ACHAT

Le pouvoir d'achat actuel est certainement le sujet prioritaire des retraités et personnes âgées, mais aussi pour tous les actifs.

Ces personnes, dont les revenus sous forme de retraite ou de pension sont progressivement bloqués en 2008 à 1,1% d'augmentation pour le 1<sup>er</sup> semestre, ne peuvent, plus que d'autres, supporter les hausses énormes de certains produits alimentaires de base tels le riz, les pâtes, les dérivés du blé ou du maïs, sans oublier les viandes et poissons qui ont tendance à disparaître de leur menu. Il en est de même du prix en augmentation des services telles les fournitures de l'eau, du gaz, de l'électricité, ou encore celui de l'essence à la pompe ou du fuel de chauffage, sans omettre les charges locatives ou de propriété.

L'inflation constatée finalement pour l'année 2007 a été proche de 3% et par une décision absurde, le trop perçu en cette année, a été déduit au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Alors que déjà pour les 4 premiers mois de cette année, l'inflation des prix atteint 1,6%, que sera-t-il à la fin décembre 2008 ?

Comment dans les milieux dit « officiels » explique-t-on ce casse tête du Pouvoir d'achat en baisse, d'une façon brutale ? Sont mis en cause :

Pour les uns, l'accroissement démographique de certains états de l'Asie, voire de l'Amérique latine, d'où un appel important de denrées de base, ce qui provoque le connu « droit de l'offre et de la demande » ; Pour les autres, une sous production de ces mêmes denrées toujours dans ces mêmes régions du monde ;

Enfin pour certains, par une spéculation effrénée des intermédiaires, voire des grandes surfaces de vente, aux bénéfiques records.

Le dicton « on ne peut dépenser plus que ce que l'on a » conduit, face aux augmentations constatées, à des restrictions qui s'ensuivent en d'autres domaines.

De plus, les pouvoirs publics accroissent les charges sociales et de santé, par l'augmentation des consultations médicales, la franchise sur les médicaments, comme déjà sur certains actes médicaux etc.

Enfin, les personnes à petits revenus, notamment, ont eu à souffrir du passage du franc à l'euro, où déjà les étiquettes avaient effectué une montée vertigineuse.

A l'heure actuelle, il n'apparaît pas que des mesures d'envergure soient envisagées sinon sur la concurrence entre les divers participants : producteurs, intermédiaires, grossistes et vendeurs ; sujet en attente et peut être à suivre si l'on y croit.

Alors reste une augmentation des pensions et retraites, devant compenser cette perte de pouvoir d'achat ; les retraités et pensionnés ont manifesté à plusieurs reprises pour que cette potentialité soit prise rapidement en considération.

Léon DROGOCZYNER/ Retraité