

LA DEPENDANCE : attention aux mots !

En tout état de cause, la dépendance d'un être humain vis à vis d'autres êtres humains, caractérise uniquement la situation des nourrissons et des jeunes enfants, ensuite, il faut parler de perte d'autonomie qui peut certes aller jusqu'à un état de dépendance totale.

Cependant cet état de dépendance n'est jamais dû à l'âge, mais est la conséquence d'un accident , d'une maladie, d'un handicap ou des suites d'une opération.

Ce type de dépendance lié à la perte d'autonomie peut être temporaire ou définitif.

La perte d'autonomie, c'est un syndrome, et la professeure de médecine interne et de gériatrie à Paris Descartes, F.Forette , l'affirme « la dépendance est liée à la maladie ou aux maladies, jamais à l'âge » Le docteur J.P. Aquino (gériatre et médecin de la santé publique) l'affirme aussi.

Et quand on parle de maladie, on entend trop souvent soins, mais il ne faut pas oublier le dépistage nécessaire et la prévention (qui ne passe pas obligatoirement par des actes médicaux, des vaccins ou encore les biotechnologies)

Le « grand projet de réforme » annoncé en 2007 portait sur la dépendance et la perte d'autonomie. Actuellement il ne porte plus que sur la dépendance.

Ce n'est pas anodin du tout car passer du terme « perte d'autonomie » à celui de « dépendance » permet de ne plus s'occuper que des personnes âgées et de parler démographie en utilisant de surcroît des données tronquées sur le vieillissement de la population.

En plus, il s'agissait aussi d'un « grand débat national »

Il n'y a pas le moindre débat national.

Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un enjeu important pour la Sécurité Sociale, donc aussi pour la société.

Sommaire :

Pages 3-4 : Quels sont les projets du gouvernement ?

Page 5 : De l'idée du « nouveau risque » ou de la « cinquième branche »

Page 6 : L'actuel état des lieux sur la perte d'autonomie

Page 7 : La démographie

Page 8 : L'espérance de vie

Page 9 : Quelles sont les personnes qui perdent leur autonomie ?

Page 10 : Maladie d'Alzheimer et prévention

Pages 10 11 : Les 10 recommandations du rapport Trillard pour la prévention

Page 12 : La perte d'autonomie pour les personnes âgées et son évaluation avec la grille AGGIR*

Page 13 : Comment la perte d'autonomie est elle gérée et par qui?

Page 14 : Le coût de la perte d'autonomie des personnes âgées

Page 15 : Les aidantEs

Page 15 : Le secteur de soins à domicile

Page 16 : Quant au financement de la perte d'autonomie

Page 17 : Les mutuelles

Pages 18-19 : L'euthanasie

page 20 : Conclusion

Pages 21-22 : De quelques groupes privés dans le domaine de la santé en rapport avec la perte d'autonomie

Pages 23-24-25 : glossaire des acronymes qui noient le texte et rendent les annonces officielles obscures. Ils sont signalés ainsi * dans le texte.

Page 26 : sources

Quels sont les projets du gouvernement ? :

Après avoir parlé d'assurance privée obligatoire à partir de 50 ans, (option soutenue par les groupes d'assurance et le Medef) il y a reculé en apparence.

À l'occasion de la restitution des [rapports](#) des 4 groupes de travail, la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, Roselyne Bachelot, a fait le point sur les grands enseignements qui en ressortent. Nous devons attendre juillet pour connaître les arbitrages de Nicolas Sarkozy, mais, à cause de la crise ce fut repoussé. Madame Bachelot a annoncé fin août que la réforme n'était pas annulée mais repoussée et qu'un nouveau point serait fait début 2012.

Ce qui semble être un écran de fumée, car les changements vont bon train.

En plus, en novembre prochain il y aura le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2012. Il ne faut pas non plus oublier qu'« *une partie des préconisations des rapports pourraient faire l'objet du débat de la campagne présidentielle* », a déclaré Roselyne Bachelot. qui a aussi évoqué les orientations privilégiées par les groupes de travail, pour mettre fin à ce qu'elle appelle « *le parcours du combattant* » des personnes « dépendantes ». Et elle a raison, c'est un vrai labyrinthe !

Au nom du principe de justice sociale et du respect du travail, plusieurs orientations seraient écartées, comme le recours à l'assurance obligatoire, l'augmentation généralisée de la contribution sociale généralisée (CSG), et la taxation du patrimoine sous forme d'un recours sur succession.

En revanche, 3 grandes pistes restent ouvertes pour trouver 10 milliards d'euros d'ici 2040 : l'alignement de la CSG des retraités (actuellement de 6,6 %) sur celle des actifs (7,5 %), l'extension de la journée de solidarité, soit en élargissant l'assiette de la contribution solidarité autonomie (CSA) aux retraités, et professions indépendantes (agriculteurs, artisans, professions libérales), soit en créant une nouvelle journée, qui apporterait entre 2,3 et 3,2 milliards d'euros supplémentaires (selon l'assiette choisie). Enfin, la proposition du Conseil économique, social et environnemental, de créer une taxe de 1 % sur les successions et donations, qui rapporterait 1,5 milliard d'euros, semble faire consensus.

La ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale a aussi évoqué des solutions mixtes, qui passeraient essentiellement par une meilleure efficacité du système de prise en charge et de cohérence de l'offre. Elle a *in fine* confirmé des mesures d'urgence (fonds d'aide de 150 millions d'euros) en faveur des départements, qui peinent à financer l'APA*, et pour alléger le reste à charge des familles.

Voici quelques remarques gouvernementales :

Sarkozy « il faut inventer autre chose que le modèle traditionnel de couverture des risques par la sécurité sociale »

Fillon il faudra « examiner les voies et moyens de réguler les dépenses de santé, de fixer la part des régimes obligatoires et complémentaires, de diversifier les modes de financement »

Ce qui revient à dire entre autre que la part « rentable » de la « dépendance » des personnes âgées devrait être gérée par le secteur privé-assurantiel marchand.

Un groupe de hauts fonctionnaires et d'économistes chargé de travailler au projet du futur candidat UMP à la présidence de la République recommande entre autres une augmentation de la TVA, générale ou ciblée, a rapporté, lundi 4 juillet, Le Figaro.

Ce groupe d'experts propose de faire de la France "une terre de production et de croissance" en allégeant les cotisations sociales sur le travail. Leur rapport, qui constitue pour l'instant un simple document de travail, se prononce pour un allègement des cotisations sociales sur le travail, "avec un dispositif s'apparentant à une TVA sociale", explique Le Figaro.

L'augmentation de la TVA envisagée pourrait prendre plusieurs formes : un relèvement général des taux de cinq points, l'instauration d'un taux intermédiaire, à 8 % par exemple, pour tous les

biens et services aujourd'hui au taux réduit de 5,5 %, ou encore la création d'un taux majoré pour certains produits de luxe (voitures haut de gamme, certains bijoux, chevaux, tabac, etc.).

Cette mesure "serait symbolique pour beaucoup de Français et permettrait de développer un discours sur la justice fiscale", écrivent les experts cités dans l'article

Et beaucoup parlent de faire de la dépendance un « cinquième risque » là encore, attention aux mots !

Il s'agit non seulement d'une réforme autour de la « dépendance » mais aussi et principalement d'une réforme (pour ne pas dire destruction) de la Sécurité Sociale.

Aucun doute, comme pour la réforme des retraites, il va falloir lutter, en espérant que le rapport de force cette fois ci, sera meilleur.

La lutte passe par la connaissance, d'où ces fiches de travail, amendables et améliorables !!!

Toutes les réformes autour de la santé indiquent que l'État cherche à se désengager au profit des secteurs commerciaux et cherche à faire des Conseils Généraux des pourvoyeurs financiers par le biais du transfert de statut sanitaire vers le statut médico-social.

Enfin, il convient de ne jamais oublier le plan euro + dont l'impact social est catastrophique : c'est l'ex pacte de compétitivité (réforme constitutionnelle) qui obligerait à

**ouvrir toujours plus au privé
réduire les charges fiscales patronales
diminuer les prestations sociales (et les retraites)
fixer les salaires au niveau actuel**

De l'idée du « nouveau risque » ou de la « cinquième branche » :

Quand on entend « risque » on entend « assurance » ce qui n'a pas grand chose à voir avec la Sécurité Sociale et effectivement, ce nouveau risque engage en fait une réforme de fond de la SS en diversifiant les modes de financement de la protection sociale.

La Sécurité Sociale a été créée « pour couvrir tous les risques »,

son financement est basé sur les cotisations, et elle comporte 4 branches qui sont,

- 1) la branche vieillesse et veuvage (la caisse de retraite),
- 2) la branche accidents de travail et maladies professionnelles,
- 3) la branche famille (handicap, logement ... « la Caisse d'allocations familiales »)
- 4) et la branche maternité, invalidité, maladie.

Quant au déficit de la Sécurité sociale, il est indispensable de remarquer qu'en réalité, la Sécurité Sociale serait excédentaire si les exonérations fiscales n'existaient pas !

La perte d'autonomie est liée à la maladie, faire relever la « dépendance » d'une branche nouvelle de la SS avec des financements à part et qui viendraient des impôts casse la SS et fait basculer notre système de soins de la solidarité sociale vers un système marchand.

C'est un véritable projet de société en rupture totale avec celui qui est encore, un peu, le notre.

Certains prônent la création d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale et d'un « droit universel à une compensation pour l'autonomie » (personnes âgées et/ou handicapées), mais encore une fois ce n'est pas l'âge qui cause la perte d'autonomie, pourquoi créer une cinquième branche dans le champ de la protection sociale, ce qui touche à l'organisation des pouvoirs publics et ne peut se faire qu'à travers une loi organique.

Comme dans les projets gouvernementaux, et ailleurs, il y a celui de la couverture de ce « nouveau risque » par une « cinquième branche » ou par des assurances privées, il est bon de savoir quelle est déjà la situation et aussi quel est le cadre juridique des assurances du « risque »

1) environ 3 millions de personnes ont déjà souscrit un contrat dépendance auprès d'assurances privées, pour un chiffre d'affaire annuel de 440 millions d'euros (« l'or gris »)

2) quant au cadre juridique d'assurance du risque, il peut constituer un véritable piège, car ou bien il y a la gestion viagère qui ne donne pas de limite à la période de garantie fournie par l'assurance, ou bien il y a la gestion annuelle du risque (voir l'assurance automobile) et alors l'assureur n'a aucune obligation de prolonger le contrat l'année suivante.

Et tous les contrats actuels, y compris ceux des mutuelles sont des contrats de gestion annuelle. Ce qui signifie que l'assureur pourrait légalement rompre le contrat avant que l'assuré ne se retrouve en situation de dépendance et qui aurait alors cotisé x années pour rien .

Il faut aussi savoir que Monsieur Jean-Claude Marian (93ème fortune de France, voir ORPEA) milite pour la mise en place du « 5ème risque pour la dépendance ».

Donc maintenant, si vous entendez « nouveau risque » ou « cinquième branche », vous savez de quoi il s'agit : de la mise en place d'une société marchande...

Cependant la question de la création d'une 5ème branche au sein de l'assurance maladie est encore en débat au sein des Alternatifs.

L'état actuel des lieux sur la perte d'autonomie (début 2011) :

la perte d'autonomie (totale ou partielle) renvoie à 3 situations :

- 1) pour les personnes âgées (environ 1,3 million, 1,203 million touchant l'APA*)
- 2) pour les personnes handicapées (environ 700.000)
- 3) pour les personnes en invalidité (environ 600.000)

Pour l'administration il existe un seuil, 60 ans ; en dessous c'est handicap ou invalidité, au delà c'est la dépendance.

En 10 ans le pourcentage de personnes âgées de plus de 60 ans et dépendantes est passé de 7 à 8,4%, ce qui revient à dire que 91,6% des personnes âgées de plus de 60 ans sont autonomes, et d'après la répartition par tranches d'âge, 96% des personnes âgées de 60 à 69 ans et 92% des personnes âgées de 70 à 79 ans ne sont pas dépendantes.

C'est au delà de 90 ans que le taux de dépendance atteint 42%.

Voilà pourquoi il est souvent dit que le risque de devenir dépendant « est évalué à 40% ».

Pour les personnes nées entre 1940 et 1954, 41% seront dépendantes au moins pendant une année (Insee, 2006), la durée moyenne de dépendance étant de 4,4 ans pour les femmes et de 3,7 ans pour les hommes.

L'ARS* d'Île de France estime que la croissance à venir pour les 10 prochaines années serait de 1 à 2 %, (on passe du simple au double !) ce qui ne justifie pas les propos alarmistes du type « risque d'explosion du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie » ... donc de milliards d'euros à trouver.

De plus les personnes âgées en situation de dépendance vivent à domicile dans 61 % des cas et c'est au de là de 92 ans que ces personnes vivent majoritairement en établissement.

L'âge moyen d'entrée en établissement est de 83 ans.

Voici des extraits du rapport Trillard remis aux autorités en juillet 2011 :

Les personnes âgées en perte d'autonomie sont concentrées au grand âge et si la « dépendance » est en corrélation positive avec l'âge, elle n'est pas une perspective inéluctable, puisque 50% des centenaires sont peu ou pas « dépendants ».

Actuellement « 470 000 personnes âgées dépendantes sont hébergées en EHPAD et en USLD*, plus de 735 000 vivent encore à leur domicile. Ces dernières sont pour la plupart modérément dépendantes : 59% d'entre elles relèvent du GIR* 4, et seules 3% relèvent du GIR* 1 ... La mission observe que les bénéficiaires de l'APA* résidant en établissement sont le plus souvent des personnes célibataires, divorcées ou veuves : 88% des femmes sont dans ce cas contre 69% des hommes. Comme l'a rappelé la docteure Geneviève Ruault, déléguée générale de la Société française de gériatrie et de gérontologie, le contexte familial et la conservation de liens sociaux sont des facteurs déterminants dans l'approche de la dépendance par la prévention ».*

la démographie :

L'INSEE compte qu'il y a actuellement environ 5,7 millions de personnes de plus de 75 ans, et en prévoit 6,2 millions vers 2020 puis 10,4 millions vers 2040.

Ce sont les enfants du boom de l'après guerre, mais, après 2040, ce type de population avec personnes âgées en perte d'autonomie doit diminuer .

Actuellement, la natalité augmente, (d'après l'INSEE, en 2010, si la population française a augmenté, cette progression est plus imputable à un excédent de naissance sur les décès qu'à un solde migratoire), cette population devrait assurer les cotisations sociales et la solidarité intergénérationnelle.

D'après Eurostat, en France, la progression de la population est principalement le résultat de l'augmentation du nombre des personnes de plus de 65 ans.

Une projection donne 10,5 millions en 2010 et 18,6 millions en 2060.

Mais le nombre d'enfants augmente de plus de 4% tandis que le nombre d'adultes augmente de 1,5%.

Eurostat arrive à ces chiffres : en 2050, il y aurait 2,2 personnes actives pour 1 personne de plus de 65 ans.

Le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie déclare ceci :

« L'impact des évolutions démographiques n'a pas le caractère d'une déferlante : les différentes études convergent vers un effet démographique de quelque 0,7 points de croissance moyenne par an des dépenses de santé dans les 20 prochaines années (jusqu'en 2030), au sein duquel la déformation de la pyramide des âges – c'est à dire le vieillissement proprement dit- pèse pour 0,4 à 0,5 points ; soit de l'ordre du dixième de la hausse moyenne annuelle de la consommation de soins et de biens médicaux »

Quant aux dépenses d'assurance maladie liées à l'âge ce sont fondamentalement des dépenses liées à la maladie.

Les plus de 60 ans rassemblent 45% de la dépense et plus de 2/3 des personnes en ALD et les dépenses du jeune âge (moins de 10 ans) sont équivalentes.*

La hausse des dépenses avec l'âge va également de pair avec la hausse des « restes à charge » qui doivent être couverts par les ressources propres de la personne âgée ou par son assurance complémentaire (quand elle en a une).

La dépense de la dernière année de vie ne représente en réalité et en moyenne que 7% à 8% de la dépense totale d'une vie.

<http://www.sfgg.fr>

Dans le domaine de la démographie, comme dans celui de la santé, il y a de fortes inégalités territoriales.

La part des personnes âgées de plus de 75 ans peut varier sur le territoire de 4,5 % à 14%.

Ce qui ne représente pas la même charge pour les départements.

L'espérance de vie :

elle a augmenté surtout en raison de la baisse de la mortalité infantile, qui cependant connaît une **faible** hausse depuis 3 ans.

En 2010, l'espérance de vie était de 78,1 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes, ce qu'il faut mettre en relation avec les pourcentages de perte d'autonomie en fonction des tranches d'âge.

Et puis la longévité dépend beaucoup des conditions générales de vie, dans le monde ce sont les maladies infectieuses qui causent la plus forte mortalité (hygiène, absence d'eau potable ...) mais ici, on constate une augmentation des « maladies de nos civilisations dites occidentales » telles que maladies cardiovasculaires, obésité, diabète, cancers, maladies respiratoires, traumatismes et il ne faut pas oublier la souffrance sociale et/ou au travail, ce qui implique d'avoir à en supprimer les causes si l'on veut en éviter le plus possible.

La véritable prévention passe par là.

Mais ce n'est pas parce que la quantité de personnes de plus de 75 ans va augmenter que l'on peut en tirer des données sur les personnes dépendantes.

On constate en effet que l'espérance de vie sans perte d'autonomie augmente plus rapidement que l'espérance de vie totale.

Ce qui rend hasardeuses les projections sur le futur nombre de personnes en perte d'autonomie, et fait varier ce nombre donné par l'INSEE du simple au triple !

Pour l'espérance de vie, il y a aussi de grandes inégalités sociales.

Ainsi, à 35 ans, l'espérance de vie sans problèmes physiques et/ou sensoriels, est de

34 ans pour les cadres ce qui mène à 69 ans

24 ans pour les ouvriers, ou salariés exerçant des travaux pénibles, ou en horaires décalés, ou de nuit ce qui mène à 59 ans

L'allongement de l'espérance de vie en bonne santé « c'est à dire sans limitations d'activité ou sans incapacités majeures » en France est comparable à celui d'autres pays européens mais inférieur à celui des pays ayant développé une plus grande prévention (Danemark, Pays-Bas, Suède où par exemple, la période de risque accru de perte d'autonomie est inférieure de 5 ans par rapport à la France).

Bref, nous avons des progrès à faire !

Une récente étude en Allemagne vient de montrer que l'espérance de vie des personnes aux revenus les plus faibles a chuté depuis 10 ans.

En moyenne pour ces personnes l'espérance de vie est passée de 77,5 ans à 75,5 ans, mais il y a aussi une inégalité territoriale car dans les anciens länder de l'Est l'espérance de vie est passée de 77,9 ans à 74,1 ans. Il est aussi indiqué que moins de 19% des personnes retraitées (entre 60 et 64 ans) occupaient un emploi à temps plein : moins de retraites à payer à taux plein !

Quelles sont les personnes qui perdent leur autonomie ? :

Je cite encore une fois le rapport Trillard : « **Le risque de la dépendance est marqué par de profondes inégalités ; entre les genres, puisque les femmes vivent plus longtemps, entre les générations, car la prévalence décroît et surtout entre les catégories socio-économiques et les territoires. Ces inégalités, loin de se stabiliser voire de se réduire, ont tendance à s'accroître.** »

Et bien sur, c'est la population la plus à risque qui est la moins assurée. L' « or gris » ne se trouve pas dans n'importe quelle bourse et la revendication « d'accès aux soins pour toutes et tous, partout sur le territoire » trouve là une de ses applications. Avec la déstructuration de notre service hospitalier et de l'aide sociale, de trop nombreuses personnes renoncent aux soins et peuvent développer des maladies qui prises à temps auraient pu être moins coûteuses, et parfois ne pas générer handicaps et incapacités menant à une perte d'autonomie.

Il semble que les personnes qui exercent un travail longtemps risquent moins d'être en perte d'autonomie, ainsi de 35 à 80 ans, le taux de mortalité est 3 fois supérieur chez les personnes inactives et les taux de « dépendance » sont parallèles, mais tout dépend du type de travail . S'il s'agit d'un travail manuel ou posté ou nocturne ou générant des situations de stress, il n'a pas de protection contre la perte d'autonomie.

Dans le rapport Trillard, une des pistes de prévention (la 2ème recommandation) est de « faire travailler plus longtemps les seniors », leur permettre de s'épanouir socialement et culturellement ne serait-il pas de loin préférable ?

L'hypertension artérielle peut être la cause d'accidents vasculaires cérébraux, eux-mêmes générateurs de perte d'autonomie, il convient donc de soigner cette maladie correctement quelque soit l'âge, or l'hypertension artérielle simple a été retirée des ALD*.

Quant aux femmes qui vivent en moyenne plus longtemps que les hommes et qui par conséquent sont plus exposées aux maladies induisant une perte d'autonomie, elles sont aussi économiquement pénalisées puisqu'en moyenne le montant de leur retraite est égal à 62% de celui des hommes. Ce sont elles qui reçoivent majoritairement l'APA* et qui peuplent les lieux d'hébergement.

Et puis, les femmes âgées souffrent fréquemment d'ostéoporose et la fracture du col du fémur est facilement génératrice de perte d'autonomie. Or le capital osseux se constitue avant l'âge de 20 ans. Là encore un certain type de prévention s'impose.

Une cause classique de la perte d'autonomie est la maladie d'Alzheimer (45% des personnes en établissement)

Maladie d'Alzheimer et prévention :

On estime qu'il y a actuellement en France environ 860 000 personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ou par des maladies apparentées, chiffre à rapprocher des 1,3 millions de personnes en perte d'autonomie.

La maladie d'Alzheimer représente plus de 70 % des cas de démence et frappe surtout les personnes âgées, les formes précoces concerneraient environ 32 000 personnes de moins de 60 ans.

Lors de la Conférence internationale de l'association Alzheimer (juillet 2011) il a été déclaré que 7 facteurs de risque supposés de la maladie, la plupart liés au style de vie, contribueraient à près de la moitié des cas détectés dans le monde.

Et selon un modèle mathématique développé par des chercheurs de l'université de Californie, une réduction de 25% des facteurs de risque modifiables pourrait prévenir plus de 3 millions de cas dans le monde.

Ces chercheurs ont quantifié le nombre de cas actuellement attribuables à chaque facteur de risque

- 19% en relation avec un faible niveau d'instruction (des activités intellectuelles stimulantes exercent un effet protecteur et certes les personnes qui travaillent longtemps sont protégées mais à condition que le métier exercé nécessite une flexibilité cognitive.)
- 14% à cause du tabagisme, (ce qui devrait être corrigeable)
- 13% en raison d'une faible activité physique
- 11% pour les sujets ayant eu des dépressions
- 5% pour les personnes souffrant d'hypertension, alors que justement, l'hypertension n'est plus en France, une maladie justifiable de la prise en charge à 100% !
- 2% en relation avec l'obésité (qui devient un fléau, à cause de la « mal-bouffe ») et 2% en relation avec un diabète (lui même souvent lié à l'obésité).

Une étude du professeur Bernard Bégaud (directeur de l'unité de recherche INSERM U657 « Pharmac-épidémiologie et évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations ») vient de démontrer l'impact de la consommation régulière de somnifères et/ou d'anxiolytiques dans l'apparition de la maladie d'Alzheimer. De 16.000 à 31.000 cas lui seraient attribuables chaque année.

Il y a donc là des attitudes préventives à observer, ce que ne manque pas de souligner le rapport Trillard avec lequel on peut avoir des désaccords, mais qu'il convient de citer :

http://www.dependance.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_trillard_version_definitive_13juillet.pdf

les 10 recommandations du rapport Trillard pour la prévention:

1ère recommandation : FIXER POUR LA FRANCE L'OBJECTIF AMBITIEUX D'UN GAIN DE 3 ANS D'ESPERANCE DE VIE SUPPLEMENTAIRE EN BONNE SANTE POUR NOS AÎNES A L'HORIZON 2025

Comparée à ses voisins d'Europe du Nord, la France ne possède pas la meilleure position en terme d'espérance de vie en bonne santé. En effet, grâce à une politique de prévention des plus efficaces, ces derniers parviennent à réduire la période de risque accru de 5 ans. Pour cette raison, l'Hexagone doit engager une prévention des risques à TOUS les âges.

2ème recommandation : PROMOUVOIR L'ACTIVITE DES SENIORS POUR PREVENIR LA DEPENDANCE

Cette recommandation répond à une double problématique: économique et sanitaire. En effet, maintenir les seniors le plus longtemps possible dans une activité professionnelle ou bénévole apporterait un gain à la société dans son ensemble, et préserverait leurs fonctions cognitives des risques liés au grand âge et à l'inactivité.

3ème recommandation : LANCER UNE CAMPAGNE NATIONALE EN FAVEUR DU BIEN VIEILLIR ET FAIRE LA PROMOTION D'UN VIEILLISSEMENT «A HAUT NIVEAU DE FONCTIONS »

Il s'agit d'inverser la perception du vieillissement, encore trop négative, au moyen d'une campagne de communication originale et ambitieuse afin d'encourager la population à se prémunir des risques liés le plus tôt possible.

4ème recommandation : LABELLISER LES ENTREPRISES QUI METTENT EN PLACE DES PROGRAMMES DE PREVENTION ET D'EDUCATION EN SANTE

Là encore, il s'agit d'œuvrer en faveur de la prévention en impliquant les entreprises dans ce travail pédagogique dont un label récompenserait l'investissement.

5ème recommandation : CIBLER ET ORGANISER DES CONSULTATIONS DE PREVENTION VERS LES POPULATIONS LES PLUS VULNERABLES ET LES PLUS FRAGILES TOUT EN ASSURANT UN SUIVI REGULIER

Cette mesure viserait à atténuer les différences socio-économiques entre les régions, et en leurs seins, en établissant des dépistages précoces de pathologies (diabète...) en direction des publics les plus vulnérables.

6ème recommandation : AIDER LES AIDANTS EN S'APPUYANT SUR LES PROFESSIONNELS DE L'AIDE A DOMICILE ET EN DEVELOPPANT UN SUIVI PREVENTIF INDIVIDUEL

75 % des bénéficiaires de l'APA sont aidés par leurs proches avec un investissement horaire deux fois supérieur à celui des professionnels. A ce titre ces derniers recevraient un accompagnement des professionnels de l'aide à domicile dans le cadre d'une mission d'intérêt général.

7ème recommandation : ENCOURAGER ET DEVELOPPER LA RECHERCHE CLINIQUE ET APPLIQUEE DANS LE DOMAINE DE LA GERIATRIE EN RENDANT PRIORITAIRES LE DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE FONDAMENTALE DANS LES DOMAINES DU VIEILLISSEMENT DES PATHOLOGIES DU GRAND AGE, ET DE L'ECONOMIE DE LA SANTE

L'enjeu de cette recommandation est de créer un ou deux centres d'excellence centré sur la recherche fondamentale et son application dans les domaines de la gériatrie et de la prévention de la dépendance. Ce(s) centre(s) se devrait de lier recherche, enseignement, et innovation technologique afin de répondre à l'un des enjeux majeurs de ces prochaines années.

8ème recommandation : LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LES DEPENDANCES EVITABLES ET IATROGENES SURVENUES LORS D'UN SEJOUR A L'HOPITAL

Cette recommandation vise à généraliser les bilans gériatriques et l'accompagnement des sorties après hospitalisation afin de prévenir les situations de dépendance, ou du moins les retarder.

9ème recommandation : ENGAGER DES MESURES INCITATIVES AU PLAN NATIONAL ET LOCAL EN FAVEUR DU SPORT ET DE L'ACTIVITE PHYSIQUE DES SENIORS EN PARTENARIAT AVEC LES FEDERATIONS SPORTIVES

L'activité physique constituant l'un des leviers majeurs dans la prévention de la dépendance, cette recommandation vise à élaborer un ensemble d'activités sportives non compétitives mais adaptées à la population des seniors et au maintien de leurs fonctions cognitives.

10ème recommandation : PRODUIRE DANS LES PROCHAINES ANNEES, TANT EN ACCESSION A LA PROPRIETE QUE DANS LE SECTEUR LIBRE LOCATIF OU DANS LE SECTEUR SOCIAL, UN PROGRAMME AMBITIEUX DE LOGEMENTS ADAPTES

Cette recommandation vise à généraliser les « maisons autonomes »

L'ensemble de ces recommandations esquissent une politique basée sur **la prévention** dès le plus jeune âge (via les médias, au sein de l'entreprise...), le maintien et l'entretien des **fonctions cognitives** des seniors (par l'activité physique et intellectuelle), et **le traitement** des pathologies liées à la vieillesse

(recherche médicale, technologique...).

Il faut aussi noter que l'adhésion à un programme de prévention dépend fortement du niveau d'éducation, et il a été démontré que c'est le niveau d'éducation des mères qui détermine fortement la santé de leurs enfants devenus adultes.

La perte d'autonomie pour les personnes âgées et son évaluation avec la grille AGGIR* :

La grille AGGIR* permettrait de définir les degrés de dépendance. Elle est contestée par certains groupes, mais utilisée nationalement pour les demandes d'APA*.

Elle classe les personnes âgées en 6 groupes (les GIR*) qui vont de la personne grabataire et nécessitant des soins constants, GIR 1, à la personne totalement autonome, GIR* 6. Seules les personnes de GIR* 1, 2, 3 et 4 peuvent bénéficier de l'APA*

Il y a là encore des inégalités sociales : le risque de se retrouver en GIR*1,2 ou 3 est de 5,4% pour les ouvriers et de 2,2% pour les cadres.

La perte d'autonomie malgré tous les codes est cependant une notion relative, si l'on ne peut pas descendre de chez soi car il n'y a pas d'ascenseur, et si en plus on ne peut pas faire les courses vitales, faute de commerces de proximité, qu'en est-il de l'autonomie ?

Le confinement chez soi, implique souvent la perte d'un réseau de relations humaines et celle d'un rôle social ; et l'isolement social est un « marqueur prédictif de consommation accrue des prestations du réseau médico-social ».

Il faudrait donc repenser urbanisme, enseignement, logements, transports, activités culturelles et cognitives ...

Comment la perte d'autonomie est elle gérée et par qui ? :

Il peut y avoir une prise en charge médicale et médico sociale :

c'est le placement en USLD* ou en EHPAD*

et il faut noter que dans une petite agglomération, les habitants et les élus ont créé un lieu d'hébergement qu'ils gèrent eux mêmes en relation avec les services sociaux et administratifs, pour « leurs personnes en perte d'autonomie » une idée à creuser ?

Il y a aussi les indemnités de compensation :

L'APA*

créée par Jospin en 2001, ouverte aux personnes de plus de 60 ans, résidant soit à domicile, soit en établissement.

L'attribution de l'APA* ne dépend pas du niveau de ressources, son montant, si.

L'AHS*

pour les personnes de plus de 65 ans en établissement.

Elle est attribuée en fonction du niveau de ressources et payée par les départements (soit environ 2 milliards d'euros pour environ 120 000 personnes).

Il existe une politique sociétale :

ainsi l'aménagement de l'accessibilité des bâtiments et des moyens de transport
les emplois réservés (pour les personnes handicapées)

il y a certainement beaucoup à faire dans ce domaine.

Quels sont les acteurs gravitant autour de la perte d'autonomie ?

les organismes sociaux nationaux

les collectivités locales et leurs services (CCAS *)

les acteurs privés (assurantiels voir Malakoff-Médéric* et médico-sociaux voir Korian*...)

et il ne faut pas oublier les médecins, les soignants, tous les aidants familiaux et les services à domicile

Le coût de la perte d'autonomie des personnes âgées :

les dépenses publiques :

actuellement, pour la « dépendance » les dépenses publiques sont estimées à 23 milliards d'euros dont les 2/3 sont financés par la sécurité sociale dont le budget total est de 450 milliards.

En 2010, le coût de la « dépendance » a été estimé à 1,2 points du PIB

en 2040, il devrait être de 1,7 points du PIB, (d'où les 10 milliards gouvernementaux à trouver ?)

La différence 0,5 points de PIB, est-elle si terrible ?

Surtout lorsqu'on la compare avec la chute des points de la masse salariale et l'augmentation des dividendes. Augmenter la masse salariale, donc les cotisations sociales est une solution politique à opposer à la recherche de fonds publics pour financer la « dépendance ».

les dépenses « familiales » :

Les coûts de la « dépendance » supportés par les familles sont beaucoup plus difficiles à évaluer car si l'engagement financier peut être plus ou moins appréhendé quand les personnes en perte d'autonomie sont placées dans des établissements d'hébergement, il n'en est pas de même de l'engagement humain.

Environ 8 millions de personnes, dont plus de 75% sont des femmes, s'occupent d'un proche de plus de 5 ans, malade et/ou dépendant.

S'occupant de personnes de plus de 60 ans les aidantEs seraient au nombre de 4,3 millions. Des études ont été menées qui montrent que le temps offert par les femmes est toujours plus important que celui offert par les hommes, et que la santé des personnes aidantes est plus mauvaise que celle des personnes non aidantes.

Il a d'ailleurs été montré que la mortalité était plus précoce chez les aidant.e.s.

Une étude de l'Inspection générale des affaires sociales a porté sur le coût des séjours en EHPAD* et sur le reste à charge par les familles.

Avant 2010 le coût moyen était de 1380 euros par mois dans un établissement public et de 2000 euros dans un établissement à but lucratif où il pouvait atteindre 5500 euros par mois.

Le montant moyen de la retraite pour les femmes était de 1020 euros par mois. Comme ce sont principalement les femmes qui sont admises dans ces centres, cela signifie qu'en plus de l'APA*, l'aide financière familiale était bien souvent indispensable.

les aidant. e.s :

dans le cadre de la dépendance (et de la perte d'autonomie) les aides sont dans plus de 70% des cas les femmes de la famille.

Quand Madame Bachelot parle « d'aider les aidants » elle reporte les charges sur la famille, ce qui revient à être moins onéreux pour les services publics (en charges financières et en qualification) et en même temps les femmes sont rejetées vers les foyers.

Il faudrait donc assurer une formation professionnelle de qualité pour les personnes appelées à s'occuper des malades ayant perdu leur autonomie mais ceci sans oublier que des femmes (et des hommes mais beaucoup moins nombreux) jugent normal de s'occuper de leur conjoint ou de leur parent en situation de perte d'autonomie.

L'amour a le droit d'exister.

Donc ces femmes et ces hommes ont le droit d'être formé.e.s, aidé.e.s psychologiquement et si besoin, soutenu.e.s financièrement, avec aussi la possibilité de pouvoir être déchargées de ce travail pour disposer de périodes de repos.

La perte d'autonomie est toujours plus grande quand il n'y plus de vie sociale, ou quand une personne perd son cadre de vie habituel.

Une aide familiale associée à une aide professionnelle permettrait de retarder le processus.

le secteur des soins et de l'aide à domicile :

C'est un secteur très disparate.

Les CCAS*, des associations, des entreprises privées peuvent proposer des aides à domicile qui peuvent aussi être embauchées de gré à gré.

Leur professionnalisme, leur salaire et leur couverture sociale sont extrêmement variables .

Très souvent les aides à domicile constituent un sous salariat, à 96% féminin, sans formation le plus souvent et généralement à temps partiel imposé.

En 2008, 38% des salaires dans le secteur de l'aide à domicile étaient inférieurs au SMIC.

Comme, dans l'aide à domicile, il y a souvent besoin de soins médicaux et d'aide à la vie courante, les personnes qui interviennent peuvent être multiples, dépendre d'organismes différents et agir sans coordination.

Il existe un diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale délivré par le ministère du travail, mais le Medef exige l'application de la « directive services » qui permet de concurrencer les services publics et de créer des entreprises privées lucratives.

Des structures locales de proximité, rattachées à l'hôpital du secteur, sont à envisager.

Il faudrait développer les structures d'accueil cogérées par les municipalités, les services professionnels, les usagers et leurs familles.

Ces structures de proximité permettraient aussi d'accueillir les personnes en situation de perte provisoire d'autonomie après une maladie ou un accident, et nécessitant d'être aidés ou pris en charge dans les gestes de la vie quotidienne.

De plus, dans ces structures, il pourrait aussi y avoir une « plate-forme de répit et d'accompagnement » pour les aidants familiaux.

Quant au financement de la perte d'autonomie :

le financement actuel est de plusieurs types :
financement socialisé, financement à partir des impôts nationaux et locaux,
financement familial et financement contractualisé

Le financement socialisé

c'est le financement assuré par la Sécurité Sociale couvrant plus de 80% des dépenses de soins, soit environ 13,5 milliards d'euros (11 milliards venant de la branche maladie, le reste apporté par la branche vieillesse, la branche famille et la mutualité sociale agricole)

Le financement venant de la fiscalité (nationale et/ou locale)

soit la CSA*, gérée par la CNSA* dont le budget pour 2011 approchait les 20 milliards d'euros. les fonds de la CNSA* proviennent

- à 81% de crédits de l'assurance maladie au titre de l'ONDAM*, à répartir entre les personnes handicapées et les personnes âgées
- à 12% de recettes issues de la journée de solidarité (le lundi de Pentecôte travaillé et non payé) soit 0,3 % des rémunérations versées par les employeurs publics et privés en contre partie de cette journée, même si le paiement de cette contribution n'est pas subordonné à la mise en œuvre de la journée de travail supplémentaire non rémunéré
- à 6% des recettes issues de la CSG* dont la CNSA* reçoit 0,1% (1,145 milliard d'euros pour 2011) et doit en faire profiter l'APA* à raison de 94% et verser les 6% restants pour la formation des aidant.e.s et du personnel des métiers de service.

Très difficile à mesurer il y a aussi le financement direct par les familles et tout leur travail gratuit. Dans le cadre de l'hébergement en établissement, c'est près de 70% des dépenses qui restent à la charge de l'assuré.e.

Le financement contractualisé par les mutuelles et les assurances privées individuelles ou collectives. Actuellement, 2 à 3 millions de personnes (un chiffre précis est difficile à obtenir!) seraient couvertes par un contrat individuel contre les risques de perte d'autonomie et 300 000 salarié.es le seraient par un accord collectif.

Les mutuelles :

depuis Jospin, elles ont été priées d'agir comme des assurances privées.

Et depuis les augmentations et dépassements d'honoraires, les franchises et les remboursements, les tarifs des mutuelles et assurances complémentaires ont augmenté (en moyenne de 8 à 10% en 2010).

Il a été calculé qu'actuellement 4 millions de personnes n'ont pas de mutuelle.

9 millions de personnes (20% de plus qu'en 2007 !) renoncent à se soigner faute de moyens financiers et une mutuelle d'étudiant.e.s a constaté que l'année dernière 34% des étudiant.e.s avaient renoncé à des soins (particulièrement en dentaire et en optique), et qu'un.e étudiant.e sur cinq a renoncé à cotiser pour une mutuelle.

La taxe sur les mutuelles s'élève à 2,2 milliards d'euros, elle est actuellement de 3,5% et il est question de l'augmenter en la faisant passer à 7 ou 8%.

Les mutuelles ont annoncé que par conséquent les cotisations augmenteraient en moyenne de 4,7%.

Le Sénat, de son côté, refuse cette augmentation (mais rappelons que c'est l'Assemblée Nationale qui décide en dernier recours) et propose de compenser la perte de ressource occasionnée par une hausse du forfait social et une hausse du prélèvement social sur les revenus de capital.

Puisque nous sommes dans la perte d'autonomie des personnes âgées, nous sommes aussi en fin de vie. Et il semble qu'il faille aborder une question qui n'est que trop rarement traitée.

L'euthanasie :

Sans vouloir énumérer les arguments contre ou en faveur de l'euthanasie, il en est qui est cité par les personnes qui se déclarent favorables : « la perte d'autonomie » le plus souvent assimilée à une perte de la dignité.

Il faut aussi établir un subtil distinguo entre l'euthanasie active (par administration de substances devant provoquer la mort) et l'euthanasie passive (par l'arrêt des soins, ou l'administration de substances antalgiques, qui soulagent certes, mais peuvent aussi entraîner la mort).

En Europe, les lois sont variables.

Aux Pays Bas, l'euthanasie est légale sous certaines conditions.

En Belgique, l'euthanasie est autorisée sous certaines conditions.

Au Luxembourg, depuis 2009, le suicide assisté et l'euthanasie sont légaux.

En Suisse, l'euthanasie active reste interdite, mais le suicide assisté est autorisé, et les organismes qui le pratiquent peuvent même aider les personnes ayant une autre nationalité.

En France, l'euthanasie est interdite (en application avec le principe d'indisponibilité du corps humain).

L'euthanasie active est pénalement réprimée et les professionnels éventuellement impliqués encourent des sanctions disciplinaires.

En France, la fin de vie est principalement encadrée par deux lois (2002, 2005) et un décret d'application (2006) dont l'idée générale est de favoriser les « soins palliatifs » d'encadrer l'euthanasie passive, sans qu'il soit question d'euthanasie active.

D'ailleurs, en 2009, les députés ont rejeté une proposition de loi visant à légaliser l'euthanasie active et présentée par Manuel Vals.

La loi de 2002 porte sur le droit des malades, selon laquelle le médecin « *doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie* ».

La loi de 2005, dite loi Leonetti, (Jean Leonetti, UMP-Parti Radical) prévoit la possibilité d'abrèger les souffrances : « *les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade ...(ou) la personne de confiance ... (ou) la famille ou, à défaut un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical* ».

Bref, il faut souffrir ...

Mais il y a aussi les « directives anticipées » définies par la loi Leonetti : « *Tout personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne* ».

Les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par le patient, et peuvent être assimilées à un contrat moral (car elles n'ont pas de valeur contraignante) entre le patient et l'équipe médicale ... qui si elle n'est pas mise au courant de ces dispositions peut en être informée par la « personne de confiance » ;

autre dispositif important dans le cadre des droits du malade

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant qui sera consultée au cas où elle même serait hors d'état d'exprimer sa volonté, et recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit (par la personne majeure ou par un tiers devant deux témoins). Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et l'assiste aux entretiens médicaux. »

Lors de son hospitalisation, le patient doit être informé de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Il est naturellement préférable pour les personnes rédigeant leurs directives anticipées de désigner en même temps la personne de confiance et de renouveler ces directives tous les trois ans.

Un grand problème demeure : la quantité d'unités de soins palliatifs. Certains départements n'en comptent toujours pas et tous les patients en France ne peuvent pas bénéficier de cette prise en charge.

Il devrait y avoir un nouveau débat sur l'euthanasie *« mais après les élections de 2012 »* a annoncé Leonetti.

Au Canada (très exactement en Colombie Britannique) le débat bloqué depuis 1993 doit bientôt être réouvert à la demande d'une personne atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA).

Maladie à l'issue fatale qui provoque une inexorable paralysie des muscles (donc la perte d'autonomie) et dont l'incidence augmente actuellement comme celle de trop d'autres maladies neurodégénératives.

Conclusion

Puisque la perte d'autonomie est toujours la conséquence d'une ou plusieurs maladies ou accidents, notre ambition logique serait de simplifier tout cela et de faire supporter les frais dus à la perte d'autonomie (définitive ou temporaire) par la Sécurité Sociale, naturellement démocratiquement reconquise et renouvelée, tout en repensant globalement la prévention.

Le « débat » et les réformes ont certes été repoussés, mais il est nécessaire de lutter dès maintenant car la main mise du secteur privé ne s'inquiète pas de ce report, se poursuit en ce moment et change la donne.

Les coopérations public-privé (à but lucratif) sont planifiées par les ARS* et autorisent les projets (y compris expérimentaux) sans financement public, de création, de transformation et d'extension d'établissements.

Et tous les exemples de partenariat public-privé montrent que c'est uniquement le privé qui y trouve son compte (voir l'hôpital Sud Francilien).

Dans le cadre de l'autogestion, nous entendons promouvoir un grand service public de santé et soutenir le développement de structures médicales et médico-sociales à but non lucratif, autogérées par les professionnels de santé et la population concernée.

Les Alternatifs se prononcent pour la création d'un droit universel à la compensation des incapacités (personnes âgées et personnes handicapées) et à sa en charge dans le cadre d'une Sécurité Sociale qui doit être profondément refondée et démocratisée:

unification des régimes dans un grand régime général

retour à la gestion majoritaire par les seuls représentants des assurés

financement sur la base de cotisations dont l'assiette sera étendue à l'ensemble des revenus

Dans un véritable projet de société il faudra apprécier la vieillesse dans tous les domaines : maladie et perte d'autonomie, logement, transports, urbanisme, vie sociale et culturelle

Disant cela il faut savoir à quoi l'on s'attaque, d'où les paragraphes sur les acteurs privés (et à visée ô combien lucrative) dans le domaine de la santé.

De quelques groupes privés dans le domaine de la santé et en rapport avec la perte d'autonomie :

KORIAN

né en 2001 et il est question d'une fusion avec Medica

Premier groupe privé européen spécialisé dans la prise en charge de la « dépendance » le chiffre d'affaires fut de 922,9 millions d'euros (2009) pour un résultat net de 27,2 millions d'euros (2010)

Sa présidente de directoire est une ancienne directrice générale de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Il possède et gère 167 maisons de retraite (22000 lits) dont 122 EHPAD (17000 lits) et il gère aussi 34 cliniques de soins (4000 lits) et 11 établissements psychiatriques

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Korian>

Malakoff-Médéric fait partie des actionnaires.

Par ailleurs, les employé.e.s estiment que leur salaire est insuffisant, que leurs conditions d'emploi laissent à désirer car en sous effectif.

ORPEA

Groupe français fondé en 1989, avec pour 2010 un chiffre d'affaires de près de 1 milliard d'euros et une forte rentabilité (14%).

Un document interne parle « d'optimiser le recrutement des patients dans le secteur rentable ».

Ce groupe est spécialisé dans les maisons de retraite (27014 lits en France) et dans le secteur psychiatrique à travers sa filiale Clinea.

Contrairement au passage public-privé chez Korian, ici c'est un ancien administrateur délégué qui a été recruté en tant que directeur de cabinet par Mme Bachelot.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/ORPEA>

Il existe d'autres groupes privés intervenant dans le domaine de la santé, Vitalia, la Générale de Santé, Bridgepoint qui possèdent des établissements mais il y a aussi les assurances.

Dans ce domaine des assurances, voici le cas emblématique du groupe MALAKOFF-MEDERIC

dont le Président du Conseil d'administration et Directeur général est Guillaume Sarkozy.

Ce groupe paritaire et mutualiste, non lucratif. aux multiples filiales assure la gestion de la retraite complémentaire (Agirc et Arrco) et les assurances de personnes, mutuelles et organisme de prévoyance.

Dans la plaquette de présentation on trouve : « *Des offres innovantes et compétitives qui vous accompagnent face aux problèmes de santé, aux accidents de la vie et à leurs impacts (arrêt de travail, perte de revenus, handicap, perte d'un proche ou perte d'autonomie)* ».

Donc en cas de perte d'autonomie, non seulement il vaut mieux s'assurer mais encore :

« Pour vous aider dans votre recherche d'établissement, Malakoff Médéric met à votre disposition son parc propriétaire ou celui de l'AGIRC et de l'ARRCO »

la liste des établissements dans lesquels Malakoff Médéric a réservé des lits prioritaires »
et quand même indique l'ensemble de tous les autres établissements disponibles en France .

Quand on lit cela, le but non lucratif du groupe ne saute pas aux yeux.

Dans le domaine de la santé, mais sans rapport direct avec la perte d'autonomie :

VITALIA :

Vitalia, deuxième groupe d'hospitalisation privée en France, est né en avril 2006, c'est un réseau d'établissements de soins (cliniques et maisons de convalescence) qui compte aujourd'hui quarante huit établissements, très actif dans les villes moyennes.

Vitalia possède aussi une « université de santé » dont voici la présentation, « Formation, prévention, professionnalisation sont ses priorités essentielles. Vitalia est attaché à la valorisation de chacun, c'est pourquoi le Groupe investit dans les ressources humaines sur le long terme. Promouvoir la performance collective et individuelle pour améliorer le service rendu au patient et l'efficacité médico-économique des établissements est son objectif premier. »

D'ailleurs, Vitalia a lancé un contrat d'engagement de service privé. Ce dispositif permet à un jeune médecin, un an avant la fin de son cursus, de s'installer dans une clinique du groupe. Vitalia s'engage à l'aider dans toutes ses démarches administratives et lui apporte une aide financière de 1500 euros par mois pendant un an. En contrepartie de cette allocation, le jeune médecin s'engage à rester 2 ans dans la clinique (au 07.03.2011) dix contrats avaient été signés.

LA GENERALE DE SANTE :

premier groupe hospitalier privé français couvrant médecine, chirurgie, obstétrique, oncologie, soins de suite et de réadaptation, santé mentale et hospitalisation à domicile.

fin 2010, la Générale de Santé possède en France 110 hôpitaux, cliniques ou centres pour la santé mentale, principalement implantés dans des agglomérations de grande taille et elle a enregistré 960 830 séjours.

La Générale de Santé SA est contrôlée (2010) : par Santé SA à 83,44%, soit directement à hauteur de 23,78% et indirectement via Santé Développement Europe SAS à hauteur de 59,66%, filiale à 100% de Santé SA. dont la catégorie est « conseil pour les affaires et autres conseils de gestion ».

Avec réalisme, en 2006 la Générale de Santé avait annoncé « une augmentation de son chiffre d'affaires de 14,8% en 2005, avec une croissance organique de 9,2% nourrie en partie par la mise en œuvre de la T2A* »

Glossaire indispensable, car le jargon administratif peut rebuter :

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources,
Iso venant de « International Organisation for Standardization »
<http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>
<http://www.masef.com/scores/dependanceaggir.htm>
<http://fr.wikipedia.org/wiki/AGGIR>

AHS : Aide Sociale d'Hébergement
L'aide sociale a le caractère d'une avance qui peut être récupérée par le département lorsque son bénéficiaire s'est enrichi, ou sur sa succession en cas de décès.
<http://vosdroits.service-public.fr/F2444>

ALD : Affections Longue Durée
elles assurent le remboursement à 100% par l'assurance maladie (enfin presque puisqu'il y a des franchises ...)
http://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_de_longue_durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
créée par Jospin en 2001, ouverte aux personnes de plus de 60 ans, résidant soit à domicile, soit en établissement.

L'attribution de l'APA ne dépend pas du niveau de ressources, son montant, si.

Elle est payée par les Conseils Généraux (donc par les départements) pour 71,5% ce qui représentait près de 5 milliards d'euros en 2010, et par l'État, c'est à dire par l'impôt, pour 28,5%, et l'on voit ce que peut représenter l'aide d'urgence prévue par le gouvernement de 150 millions d'euros !

Elle est touchée par 1,2 millions de personnes dont 850 000 Alzheimer.

En 2011, le montant maximum est de 1261,60 euros pour la perte d'autonomie la plus grande et de 540,69 euros pour la perte d'autonomie la plus faible y ouvrant droit. Le montant de l'APA est réduit lorsque les revenus de l'allocataire dépassent 710,31 euros par mois.

En rappel, lors de la création de l'APA, l'État, en 2002, participait pour 43%.

<http://www.service-public.fr>

<http://vosdroits.service-public.fr/F2112.xhtml>

http://fr.wikipedia.org/wiki/Allocation_personnalisée_d'autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé
elles ont été créées par la loi HPST de juillet 2009
nous les appelons « le bras armé » de cette loi, dont le collectif « Notre Santé en Danger » réclame l'abrogation.

<http://www.ars.sante.fr/Qu-est-ce-que-l-ARS>

CCAS : Centre communal d'action sociale, établissement public intervenant au seul niveau de la commune (ou ce la communauté de commune), principalement dans trois domaines :
l'aide sociale légale qui, de par la loi, est sa seule attribution obligatoire ;
l'aide sociale facultative et l'action sociale, matières pour lesquelles il dispose d'une grande liberté d'intervention et pour lesquelles il met en œuvre la politique sociale déterminée par les élus locaux ;
l'animation des activités sociales.

http://fr.wikipedia.org/wiki/Centre_communal_d'action_sociale

<http://www.prochedemalade.com/j-accompagne-un-malade/les-aides/les-services-et-structures/ccas.shtml>

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

créée en 2004 relativement à la solidarité des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle est placée sous la tutelle des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, le directeur est nommé par décret .

Elle contribue au financement des Conseils Généraux pour l'APA et la Prestation de Compensation du Handicap.

Elle répartit entre les régions et les départements les crédits de l'assurance maladie destinés au financement des établissements et services médico-sociaux.

Elle a le rôle d'expert pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie.

CSA : Contribution Solidarité d'Autonomie

C'est une contribution à la charge des employeurs du secteur public ou privé, redevables de la cotisation patronale d'assurance maladie destinée au financement du régime de base, elle est destinée à alimenter la CNSA.

J'imagine que lorsqu'il y a exonération des charges patronales, et elles sont nombreuses, cela inclut la CSA.

Récemment, la Secrétaire d'État aux Solidarités a émis l'idée d'étendre la CSA aux professions libérales.

CSG : Contribution Sociale Généralisée

taxe instituée par Rocard en 1990

Pour l'essentiel (les 3/4) elle est assise sur les revenus d'activité, mais elle est aussi perçue sur les revenus tirés des jeux, ceux du patrimoine et des produits de placement.

C'est le premier impôt direct de France (même si l'on a hésité sur son statut, la CSG est bien un impôt soumis au régime fiscal).

Son taux n'a fait qu'augmenter (dont 0,1 % sur tous les revenus, institué par Raffarin pour financer la CNSA).

Elle représente 18% des revenus de la Sécurité Sociale (qui donc quoiqu'on en dise ne viennent plus seulement des cotisations puisque la CGS, un impôt, ne permet pas l'affiliation à cet organisme)

EHPAD : Établissements d'Hébergement des Personnes Âgées Dépendantes

ils peuvent être publics, privés associatifs ou privés lucratifs.

Voici ce que l'on peut trouver quand on cherche à placer de l'argent :

Les EHPAD (maisons et résidences médicalisées) sont aujourd'hui un des investissements les plus rentables dans l'immobilier.

Investir en maison ou résidence médicalisée (EHPAD) : le placement idéal pour vous permettre d'obtenir des revenus complémentaires nets d'impôts.

EUROSTAT :

Eurostat est une direction générale de la Commission Européenne chargée de l'information statistique à l'échelle communautaire. Elle a pour rôle de produire les statistiques officielles de l' Union Européenne.

GIR : Groupes Iso-Ressources

Iso venant de « International Organisation for Standardization »

Ces groupes sont déterminés, le plus souvent en institution, à l'aide d'un logiciel à partir de la grille AG-GIR

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie.

L'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) créé en 1996 (Plan Juppé) prend en compte les frais couverts par l'Assurance Maladie (soins de ville, hospitalisation dans le public ou dans le privé, placements dans les établissements pour personnes âgées ou handicapées...)

Le taux d'évolution est calculé en fonction de la dépense effective de l'année écoulée.

La Fondation Hospitalière a fixé le taux d'évolution à 3,5% au minimum pour, en 2012, pouvoir assurer l'emploi du personnel de santé, l'investissement nécessaire à l'amélioration des établissements et à leur entretien ...

N. Sarkozy avait fixé le taux d'augmentation de l'ONDAM à 2,8%, ce qui est déjà insuffisant et ce taux vient d'être rabaisé à 2,5%.

Cela signifie faire des « économies » énormes au détriment du système public de santé en continuant les restructurations et fermetures de services hospitaliers publics et privés à but non lucratif, de maternités, de centres IVG, de centres de santé etc etc

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

T2A* : Tarification à l'activité ou mode de financement des établissements de santé issu de la réforme hospitalière de 2007 qui introduisait aussi la notion de rentabilité dans les hôpitaux. Avant la T2A, il y avait un budget global qui permettait une redistribution entre les différents services.

Avec la T2A à chaque activité correspond un code et une somme d'argent dont dépendent les ressources des hôpitaux dans des « enveloppes fermées ».

Ce qui a pour effet de séparer les malades en 2 catégories : les rentables et les non rentables.

La T2A « c'est une évaluation économique de chaque malade et qui impose à l'hôpital un équilibre financier indépendant des malades reçus ». Et c'est ainsi que maintenant il y a des secteurs rentables et d'autres non !

Le pire était à venir avec l'alignement des T2A entre secteur public et secteur privé, car par un joli tour de passe passe, le salaire des médecins du privé (budget propre de la structure privée) n'est pas tenu en compte au contraire de celui des médecins hospitaliers (budget à inclure dans la redistribution des ressources dues à la T2A).

USLD : Unités de Soins Longue Durée

établissement sanitaire relevant aujourd'hui du secteur hospitalier et destiné à l'hébergement des personnes âgées ayant perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins médicaux constants

les dépenses d'USLD restent inscrites dans le seul objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM) .

<http://www.retraiteplus.fr/maison-de-retraite-usld.php>

la Sécurité Sociale prend en charge les dépenses de soins mais ne rembourse ni l'hébergement ni les repas.

Sources :

Revues et journaux : Le quotidien du Médecin, Prescrire, Sciences et Avenir, les échos D&O, Valeurs mutualistes, Trait d'Union, The Guardian, Red Pepper,

*Opuscules et livres : Dépendance (les cahiers de la fondation Copernic)
Les inégalités sociales de santé (Pierre Aïach)
Retraites, l'heure de vérité (Attac, fondation Copernic)
L'hôpital malade de la rentabilité (A.Grimaldi, 2009, Fayard)
Menace sur nos neurones (M.Grosman, R.Langlet)
L'hôpital en réanimation (B.Mas, F.Pierru, N.Smolski, R.Torrielli)*

*Rapports et conférences : Rapport Trillard,
exposés de Jean-Claude Chailley (Convergence nationale des collectifs de Défense
et de Développement des Services Publics)
de Marie Françoise Michenaud (cadre de santé en gériatrie)
du docteur Pradines (médecin gériatre)
de Jean Luc Gibelin (Comité Central et animateur de la commission santé
du PC)
du professeur Grimaldi*

*Internet : sites officiels sur la population et la santé : L'Insee, la Dress, Eurostat,
sites des différents acteurs privés
wikipédia
<http://www.admd.net/>
<http://www.infirmiers.com>*