



FÉDÉRATION GÉNÉRALE DES RETRAITÉS
DE LA FONCTION PUBLIQUE
20 Rue Vignon – 75009 PARIS
Mail : fgrfp@wanadoo.fr
Site internet : fgrfp.org

Compte-rendu de la journée nationale CNRPA/CODERPA du 4 octobre 2012

- 1- Discours traditionnels d'accueil
- 2- Résultats du dépouillement du questionnaire envoyé aux CODERPA sur l'accessibilité aux soins des personnes âgées
- 3- Table ronde sur l'accès aux soins des personnes âgées
- 4- Intervention de Michèle Delaunay
- 5- **Missions et fonctionnement des CODERPA dans lesquels la FGR est partout présente**

Résultats du dépouillement du questionnaire envoyé aux CODERPA sur l'accessibilité aux soins des personnes âgées

Les réponses (une cinquantaine) montrent qu'il n'y a pas eu appropriation par les CODERPA. Elles émanent de sources diverses : vice-président, bureau, ensemble du premier collège, secrétaire, médecin coordonnateur...voire du ...voire du Conseil général lui-même.

Elles montrent une hétérogénéité des politiques mises en place en matière de transports, d'implantation de maisons ou de centres de santé, de maisons départementales de l'autonomie, de MAIA etc. Sur leur accessibilité personne n'est totalement satisfait. Il y a de fortes disparités Nord/Sud, urbain/rural, centre/franges du département, centre/banlieue dans les grandes villes, selon la taille de la ville, selon son attractivité, selon sa démographie (villes jeunes ou en déclin, problèmes d'amiante, d'alcoolisme...).

La répartition des médecins fait apparaître des zones blanches et d'autres surdotées. Il manque selon les régions des généralistes, des spécialistes, les deux catégories, et le pire est à venir, beaucoup de médecins se préparant à partir en retraite sans être remplacés. Les délais d'attente sont de plusieurs mois, le manque de disponibilité se fait sentir et la situation est propice à la hausse des tarifs.

Il manque aussi des infirmières, des kinés, des laboratoires, des pharmacies, des lits Alzheimer, des unités de soins de suite, des hébergements temporaires etc La conséquence est un recours aux urgences, lesquelles ne sont pas prévues pour cela. Des départements tentent de rendre attractive l'installation de médecins.

Les restes à charge de toutes sortes sont cités : prothèses diverses, dépassements d'honoraires, forfaits, franchises, remboursements, augmentation des cotisations des mutuelles, la sécurité sociale rembourse de moins en moins alors que la vieillesse engendre des maladies.

Le droit à l'accessibilité n'est pas reconnu, des hôpitaux ont été fermés, la santé n'a pas été intégrée à l'aménagement du territoire, le gouvernement et les ARS ont mené une politique d'économies ne répondant pas aux besoins. Le cas de la Corse est cité, toute maladie grave obligeant à s'en aller, tout examen obligeant à prendre le bateau ou l'avion.

L'avenir est en questions : politique du gouvernement, des ARS, de la Sécurité sociale, devenir de la CSG des retraités, coordination sanitaire-social, démographie médicale.

Table ronde sur l'accès aux soins des personnes âgées

La table ronde, animée par Marianick Lambert (CISS), a rassemblé Jean-Pierre Aquino (gériatre), Michelle Dange (FNMF), Philippe Ulmann (CNAMTS).

J.P. Aquino préside le comité « avancée en âge ». Il s'intéresse à l'impact du vieillissement : des maladies mortelles sont devenues chroniques, émergence de maladies invalidantes, de plus en plus de cas d'Alzheimer et autres maladies neurodégénératives, vieillissement des personnes handicapées. Les

problèmes ne sont pas seulement médicaux mais aussi psychologiques, sociaux environnementaux, et il faut mettre de la cohérence et donner une réponse globale.

C'est en 2004 que la gériatrie est devenue une spécialité et la reconnaissance que des polyopathologies conduisaient à un risque de perte d'autonomie, puis des dispositifs ont été mis en place (services de soin de suite, plan Alzheimer...). Sur le terrain on constate les dysfonctionnements : prévention inadaptée, orientations erronées (urgences), prise en charge à domicile éclatée en plusieurs intervenants, défaut d'anticipation de la sortie de l'hôpital, sorties prématurées. C'est sur ces questions qu'il faut travailler.

Dans une intervention qui suscite quelques remous P. Ulmann affirme que la France a le meilleur système de santé du monde, celui qui couvre le mieux, qu'elle y consacre 12% de sa richesse, que la prise en charge est de qualité, avec accès aux innovations technologiques et prévention/dépistage, qu'elle détient le record en nombre d'hôpitaux et de professionnels de santé, qu'elle pratique la liberté de choix et que les délais d'attente sont limités. Il admet que des secteurs sont mal remboursés mais il n'y a pas eu aggravation ! Pour lui le mal français est que si on n'a pas un rendez-vous dans la journée, on va aux urgences. Il indique que suite à des accords la répartition des kinés et des infirmières s'est améliorée. Il reconnaît toutefois de graves dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes âgées.

M. Dange se réfère à la définition de la santé donnée par l'OMS et donne des exemples de dispositifs mis en place par la Mutualité pour les personnes âgées : prévention (ateliers mémoire, chutes), aide aux aidants, accompagnement de familles de résidents en EHPAD, gestion d'un réseau national de soins à domicile et d'EHPAD habilités à l'aide sociale, intervention en cas d'hospitalisation à domicile. Elle rappelle que plus de 10% des ressources vont à la CMU-C, à l'ACS et aux taxes. Elle souligne les difficultés rencontrées pour décloisonner le sanitaire et le social, pour mettre ensemble ARS et Conseil général, pour former l'ensemble des intervenants aux maladies dégénératives, pour parvenir à un taux d'encadrement de 0,8 minimum dans les établissements (0,5 parfois aujourd'hui), pour la présence d'une infirmière la nuit.

Les interventions dans la salle évoquent la jungle des opérateurs en matière de complémentaires, la nécessité de développer les filières gériatriques à l'hôpital, la politique de réduction des budgets menée par les ARS, les récentes mesures telles que la suppression de la demi-part ou les 0,15%, la prévention des chutes génératrices de milliers de décès, les restes à charge et la faiblesse scandaleuse de certains remboursements (prothèses auditives, optique, dentaire). Sur ce dernier point P. Ulmann conclut qu'il n'y a pas d'autre solution que d'augmenter les recettes donc les cotisations et la part d'impôts affectés à la Sécurité Sociale.

Intervention de Michèle Delaunay

Michèle Delaunay confirme ses déclarations antérieures : si les négociations sur les dépassements d'honoraires n'aboutissent pas le gouvernement prendra ses responsabilités ; prise en compte dans le PLFSS des besoins spécifiques des âgés ; projet de mettre en place un agenda de santé instituant une prévention dès la sortie de la vie professionnelle ; places nouvelles et crédits de recherche pour les plans Alzheimer et Solidarité Grand Age. 0,15% d'une pension est une somme très modique et elle certifie que la contribution de 0,3% sera effectivement affectée au volet accompagnement de la future loi.

Elle annonce qu'elle a confié une mission à JP Aquino sur le volet prévention de cette loi et une autre à Luc Broussy (conseiller général PS du Val d'Oise) sur le volet adaptation. A une question sur les tutelles elle répond qu'il faut assouplir le système et le dédramatiser.

Elle souhaite une réflexion sur l'identité et l'efficacité du CNRPA qu'elle propose de transformer en Haut Conseil de l'Age afin de renforcer sa visibilité et son audience ; elle pense que « RPA » a une connotation qui segmente le groupe en retraités jusqu'à 75 ans et personnes âgées ensuite, alors qu'on reste retraité jusqu'à la fin de sa vie.

Missions et fonctionnement des CODERPA

L'ADF (association des départements de France) a demandé à Luc Broussy de mettre en place un groupe de travail ADF/CNRPA sur les CODERPA. Ce dernier souhaite qu'il n'y ait pas de confusion avec la mission confiée par M. Delaunay et affirme que les conclusions auront dû faire l'unanimité du groupe. L'objectif déclaré est de « proposer une harmonisation du fonctionnement et de la composition des CODERPA permettant de créer, là, une véritable instance participative des retraités ». Ce groupe de travail a tenu deux réunions et doit en tenir encore une ou deux autres.

En début de séance les représentants des CODERPA ont été invités à formuler par écrit leurs questions ou propositions. Ce qui suit relate à la fois le résultat du dépouillement et le débat qui a suivi.

Composition : avis divers. Associations et syndicats sur la base de leur représentativité. Avec la composition du CNRPA des organisations ne sont pas représentées. 2 collèges : les usagers, qui doivent avoir l'exclusivité de la représentation dans les organismes extérieurs, et les autres. Ne pas mettre des coquilles vides. Toutes les organisations qui veulent participer doivent pouvoir le faire. Les personnalités qualifiées doivent être désignées conjointement par le président du Conseil général et le premier collègue. La présence d'experts est souhaitée.

Gouvernance : Pourquoi le président serait-il celui du Conseil général, il devrait être du premier collègue (c'est le cas dans la Drôme). Le président du Conseil général doit y être associé. Le président ou le vice-président doit avoir un lien organique avec le Conseil général. Il faut garantir l'indépendance du CODERPA en le calquant sur le CESER.

Missions : tout ce qui concerne les retraités ; ne pas se cantonner à la dépendance, élargir aux transports, à la culture, à l'environnement. Certaines questions, comme le schéma gérontologique, devraient obligatoirement faire l'objet d'une consultation. Le CODERPA doit assurer la représentation et entendre la voix des personnes âgées.

Pouvoir : le CODERPA a-t-il une autonomie de saisine ? C'est le cas de certains.

Financement : L'Etat verse une somme au Conseil général pour le fonctionnement du CODERPA ; il faudrait définir une règle égalitaire des critères d'attribution. Des CODERPA ont une association de gestion, d'autres considèrent que c'est une hérésie car elle fait d'eux des employeurs ; pour certains la gestion est faite directement par le Conseil général. Faut-il une harmonisation ?

Relations avec les organismes extérieurs : ARS, conférences de territoire, conseils de vie sociale....

Formation : elle est souhaitée et nécessaire ; par le Conseil général, les organismes sociaux, les syndicats, le CNRPA.

Lien CNRPA-CODERPA : il passe par les commissions régionales ; il faut actualiser le site du CNRPA ; les études qu'il fait doivent être transmises.

Le rapport final devrait fournir des normes minimales faisant l'objet d'un décret (par exemple l'évaluation annuelle du schéma, un minimum de deux réunions par an) et des recommandations.

Des participants contestent vigoureusement le fait que les CODERPA n'aient pas été associés aux travaux.

La réponse est ahurissante : les organisations qui siègent au CNRPA sont les mêmes que celles qui siègent dans les CODERPA et en sont donc les mandataires ; elles ont pu les consulter !

Le mot de la fin revient à Sylvain Denis, Vice-Président du CNRPA : « on en est à une nouvelle vie des CODERPA » !

Sigles :

MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

CISS : Collectif interassociatif sur la santé

FNMF : Fédération nationale de la mutualité française

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

OMS : Organisation mondiale de la santé

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

CESER : Conseil économique, social et environnemental régional