



I - LES RETRAITÉS DANS LA SOCIÉTÉ

La société connaît de grandes évolutions qui en bouleversent son organisation : la venue en retraite des générations baby boom et l'allongement de la durée de la vie (en bonne santé). Pour la première fois depuis le début de l'Humanité, 4 générations se côtoient en masse, dont une et demie à la retraite.

Aujourd'hui, le temps de la retraite c'est, en moyenne, 20 à 25 ans. Cela change la nature même de la vie à la retraite ! Il y a une vie en dehors de l'entreprise ! Une nouvelle vie s'ouvre devant le salarié qui la quitte.

Citoyenneté

Les retraités demeurent des citoyens, des citoyens à part entière dignes d'intérêt bien qu'ils ne soient plus en activité.

Certes, cette dépréciation ne se traduit pas par des situations franches, évidentes, claires mais plutôt par une attitude diffuse voire inconsciente qui trouve son origine dans le passé ; jadis, un retraité cessant son activité à 65 ans se trouvait assez fréquemment dans un état physique fragilisé (n'offrait-on pas dans certaines entreprises une canne – symbolique – au départ en retraite ?).

Mais aussi, cette dépréciation résulte des affirmations de certains qui, s'appuyant sur l'inactivité du retraité, affirment, voire clament, que celui-ci est une charge financière pour les actifs.

C'est oublier que :

- cette dernière étape de la vie est un moteur économique de la société dans son ensemble par toutes les activités qu'elle génère ;
- le caractère de la solidarité intergénérationnelle de notre protection sociale (assurance – maladie, retraites par répartition, famille).

Dans ce domaine, il faut dénoncer les opérations ponctuelles de fausse solidarité qui s'apparentent plus à de la charité, du paternalisme voire de l'infantilisation et donnent « bonne conscience... ». Ce dont ils ont besoin, c'est de droits définis, acquis durant leur période d'activité.

Les organisations syndicales de retraités françaises mèneront les actions nécessaires pour s'opposer à toute dérive sur ce sujet.

Le retraité doit conserver son activité citoyenne, c'est-à-dire être capable d'apprécier, de donner son opinion et d'agir pour tous les problèmes de société qui se présentent à lui. Cela, évite le repli sur soi-même, contribue à développer l'image du retraité actif, citoyen à part entière.

Demeurer un citoyen en cas de perte d'autonomie est plus difficile, le respect de la citoyenneté devient primordial, terriblement primordial notamment dans le cas de maladies neurodégénératives. Un malade doit conserver toute sa dignité (c'est une forme de citoyenneté !). La première pierre de cette citoyenneté, c'est la prise en charge de la perte d'autonomie dans le cadre de la solidarité nationale et par des personnels qualifiés, en nombre suffisant, bien formés et correctement rémunérés.

Les organisations syndicales de retraités françaises dénoncent la maltraitance quelle que soit sa forme : violences physiques, psychiques, matérielles, financières, médicales, médicamenteuses ainsi que privation de droits et négligences. Elles sont conscientes que le

manque de personnel et de formation peut conduire à des maltraitances « passives ». Elles soutiennent le travail accompli par le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées.

Rappeler ces principes conduit à revendiquer des actions ponctuelles et réalistes, elles (les organisations) veilleront donc à ce qu'un retraité se sente à l'aise dans la société, sans contrainte particulière. Seule la solidarité, la solidarité intergénérationnelle développée permet un tel souhait.

Bénévolat

La Commission européenne a inscrit dans son agenda pour 2011 : « Année européenne du bénévolat des anciens ». Il est certain que beaucoup de retraités souhaitent conserver une activité et donner une partie de leur temps à des actions bénévoles.

Notons qu'en tout premier lieu, il s'agit d'une aide à la famille (garde des petits-enfants, aides aux parents invalides) palliant ainsi les insuffisances dues à l'histoire. Il faudrait que cette situation soit reconnue et fasse l'objet de dispositions légales ou réglementaires protégeant et facilitant ces actions

Par ailleurs, beaucoup de retraités s'investissent dans la vie, l'animation de communes ou collectivités territoriales d'une part et d'associations d'autre part. C'est un moyen de conserver sa citoyenneté mais aussi de développer l'économie sociale, donc de participer à l'activité économique du pays. Des textes existent apportant des garanties qui doivent être développées et harmonisées.

Ces actions, ce bénévolat, ont une limite : ils ne doivent pas empiéter sur le domaine du travail, en d'autres termes priver les plus jeunes d'un travail ; une manière de faire des économies qui serait odieuse.

Le retraité dans son environnement local

Eviter que le retraité se replie sur soi-même, disions nous dans le chapitre « citoyenneté », c'est lui donner un environnement où il se sente à l'aise.

Cet environnement se décline sous trois formes :

- *l'environnement intérieur* : Des normes architecturales, des aménagements sont d'ores et déjà définis, c'est une bonne chose bien qu'il existe quelques incohérences (*il est bon, par exemple, d'imposer des dimensions pour permettre la circulation de fauteuils spécialisés à l'intérieur d'un appartement*). Ces exigences, valables pour les constructions nouvelles, ne sont pas mises en œuvre dans les logements anciens, ceux qui sont le plus souvent occupés par les aînés. Se pose également la question de la répartition de ces appartements spécialisés, faute d'une généralisation : faut-il les disperser parmi un ensemble de logements ou les implanter dans un seul bâtiment ? Des expériences intéressantes mais très localisées existent un peu partout en France, mais faute de volonté politique peinent à s'étendre.
- *les aménagements collectifs* : L'architecture urbaine ou rurale mais en toute situation, collective, doit tenir compte de la mobilité diminuant des retraités, il s'agit d'adapter le mobilier urbain. Il s'agit également de maintenir dans l'environnement immédiat les services utiles à l'ensemble de la population et plus particulièrement aux retraités (poste, transports publics, commerces). Cette remarque est une condamnation sans appel des implantations de maisons de retraite dans des lieux totalement isolés comme l'on a tendance, bien souvent, à le faire, ces personnes âgées doivent avoir accès à toute forme de vie sociale.
- *la vie culturelle* : Il faut rompre avec ce postulat que la culture serait un plus pour l'esprit réservé à « l'élite ». La culture est l'une des dimensions fondamentales de l'être humain.

Ce temps nouveau de la retraite auquel la plus grande partie des salariés va avoir accès pendant quasiment le tiers de la vie, doit ouvrir les portes de la connaissance.

Accéder à la connaissance sous toutes ses formes, multiplier les ateliers et actions d'initiation à l'ensemble des disciplines artistiques, propagées par des universités, ouvertes à tous, l'ensemble des savoirs scientifiques et techniques, permettre à chacun de devenir créateur, s'il en a le goût et la capacité, constituent sans nul doute les conditions premières à la mise en œuvre d'une « société pour tous les âges ». Pour cela il est nécessaire de développer les métiers de l'éducation et de la formation.

La culture, c'est aussi le temps des loisirs et sans tomber dans des spécialisations uniquement réservées au « troisième âge » il est nécessaire d'aménager des spectacles, des réunions facilement accessibles (horaires, tarifs) aux retraités en fonction de leurs moyens.

Ces aspects que l'on aborde le moins souvent car bien difficiles à cerner avec précision nécessitent toute l'attention des pouvoirs publics. Les organisations syndicales de retraités françaises agiront avec détermination pour que soit respectée la préconisation indiquée ci-dessus.

II - Le pouvoir d'achat des retraités

Année après année les retraités constatent une baisse continue de leur pouvoir d'achat.

Par exemple en 2008, la moyenne annuelle de l'inflation a atteint 2,8 %.

Les retraites et pensions ont été revalorisées de 1,1 % au 1^{er} janvier 2008 et de 0,8 % au 1^{er} septembre soit 1,36 % de revalorisation en moyenne.

La revalorisation de 0,8 % au 1^{er} septembre se décompose ainsi : 0,2 % au titre de rattrapage pour 2007, 0,6 % au titre d'une anticipation sur l'inflation 2008 plus importante que prévue et en compensation du report du 1^{er} janvier au 1^{er} avril de la revalorisation 2009.

En 2009 la revalorisation des retraites et pensions a été de 1 % au 1^{er} avril.

Ce report du 1^{er} janvier au 1^{er} avril a fait perdre trois mois de revalorisation aux retraités, revalorisation qui atteint donc 0,75 % sur l'année.

Une simple comparaison donne toute la mesure du décalage entre la revalorisation effective sensée maintenir le pouvoir d'achat des retraités et les augmentations auxquelles les retraités doivent faire face.

Quelques exemples chiffrés en 2009 :

- Assurances : hausse du tarif habitation entre 2 % et 5 % (difficultés à assumer le loyer ou les charges de copropriété que les hausses des taxes foncière et d'habitation viennent alourdir)
- Mutuelles : hausse en moyenne de 3,5 % à 4 % (de nombreux retraités ne peuvent plus de payer de complémentaire santé).
- Electricité : hausse de 1,9 % en moyenne
- Gaz :
 - hausse de 15,2 % en 2008
 - baisse de 11,3 % en avril 2009
 - reste une hausse de 3,9 %

Un exemple ponctuel en octobre 2009 :

- Fruits frais : + 3,6 %
- Légumes frais : + 6,9 %

La part des dépenses contraintes (logement, assurances, impôts...) est en augmentation constante...

Et pour les retraités, les dépenses de santé représentent une charge importante (11 % de leur budget) :

- hausse du forfait hospitalier de 12,5 %
- remboursements de médicaments
- dépassements d'honoraires
- reste à charge pour le maintien à domicile en cas de perte d'autonomie
- coût prohibitif des séjours en maison de retraite (1500 € en moyenne)

Le montant de la pension moyenne se situe à 1212 € (DREESS - décembre 2008), 1598 € pour les hommes, 990 € pour les femmes.

Sur les 14 millions de retraités, 4 millions perçoivent le minimum contributif (579,85 € en 2008) et plus de cinq millions entre 800 et 1100 €. La situation des femmes est particulièrement difficile : plus d'une retraitée sur trois perçoit moins de 700 € par mois et une sur deux moins de 900 €.

La pauvreté frappe aussi durement les retraités et personnes âgées. Ils sont actuellement 12 % à recourir à l'aide alimentaire !

La revalorisation des pensions basée sur l'inflation est insuffisante pour maintenir le pouvoir d'achat des retraités.

Trop de hausses ne sont pas prises en compte pour le calcul de l'inflation retenue.

III - Les difficultés des retraités dans l'accès aux soins

Notre revendication de base :

Permettre à tous l'accès à des soins de qualité :

- partout,
- à tout moment,
- par une organisation efficace de l'offre de soins,
- par une prise en charge solidaire de haut niveau associant régime de base et régimes complémentaires.

Avoir accès aux soins est un droit fondamental. Ce droit doit être effectif pour tous, partout et à tout moment. Mais il n'est pas encore une réalité pour tous. Il se heurte à différents obstacles qui se traduisent par le report de soins, le renoncement à des soins et des difficultés financières. Les origines en sont variées :

Caractéristiques sociologiques du groupe des retraités

La population des retraités et personnes âgées recouvre un éventail d'âge allant de 60 ans (environ) à la fin de vie. Au sein de cette population, ce sont plus particulièrement les personnes les plus âgées qui ont des besoins spécifiques en raison de plusieurs facteurs :

- augmentation des besoins de soins en fonction de l'âge,
- isolement social plus ou moins accentué,
- risque de fragilisation physique, mentale, psychologique ou sociale,
- grande sensibilité aux conditions climatiques inhabituelles (grands froids ou grandes chaleurs),
- absence de moyens de transports personnels et difficultés de déplacement,
- besoin fréquent de coordination entre des actes sanitaires et des aides qui permettent le maintien à domicile,
- ressources souvent faibles, principalement pour les retraités les plus âgés et pour les veuves.

Les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins :

La réalité est loin de répondre aux exigences et aux besoins vitaux des retraités. Les difficultés rencontrées ne sont pas propres aux retraités ou personnes âgées mais elles prennent une importance particulière pour les retraités et personnes âgées en raison de handicaps liés à leur âge et leur condition physique. Ces difficultés sont d'ordres différents :

- les difficultés liées aux aspects financiers et au désengagement de la Sécurité sociale,
- les difficultés liées à l'organisation des soins,
- les difficultés liées aux pratiques de certains professionnels de santé.

Les difficultés liées aux aspects financiers et au désengagement de la Sécurité sociale :

• Les déremboursements ou moindres remboursements de frais de santé

Depuis plusieurs années, les gouvernements successifs restent arc-boutés sur le principe selon lequel toute hausse de cotisations (de base et/ou de taux) est exclue, ce qui se traduit en matière de politique de santé par toujours plus de mesures nouvelles restrictives à l'égard des assurés.

C'est ainsi que la recherche de nouvelles «économies» s'est notamment traduite dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 par des restrictions sur les transports sanitaires, la hausse du forfait hospitalier (porté de 16 € à 18 €), les déremboursement et moindres remboursements de certains médicaments, la sortie après stabilisation de la couverture à 100% des Affections de Longue Durée (ALD)

Ces mesures, qui s'ajoutent aux dispositions dites de «responsabilisation» déjà en vigueur, vont peser lourdement sur les revenus des assurés et tout particulièrement des retraités qui en sont une des cibles principales. Elles ne manqueront pas d'alourdir la charge des complémentaires santé qui, de facto, en répercuteront le coût soit par une augmentation des tarifs d'adhésion, soit par une restriction des garanties proposées, ce qui inéluctablement conduira à encore plus d'inégalités dans l'accès aux soins.

La stratégie de maîtrise des dépenses de santé atteint une limite qu'il serait dangereux de dépasser. Nous sommes menacés par un risque de pandémie de grippe qui constitue un véritable danger pour les retraités et personnes âgées, surtout les plus fragilisés d'entre, si cette population doit renoncer à des soins en raison de contraintes financières. Il ne faut pas oublier que la grippe saisonnière a fait plus de 6000 décès supplémentaires au cours des premières semaines de grand froid de l'hiver 2008-2009 dont personne n'a voulu parler.

Toutes les mesures qui consistent à taxer de plus en plus les malades, en leur imposant des contributions, traduisent une remise en cause de la Sécurité sociale fondée sur les principes de solidarité, que les organisations de retraités ne peuvent accepter.

• Coût des couvertures complémentaires santé

Le système français est basé sur l'existence d'un régime de base général assurant 65 à 70 % du remboursement des soins les plus courants (en dehors des prothèses dentaires, des prothèses auditives et des lunettes qui sont peu remboursées) et de remboursements complémentaires assurés par des mutuelles, des organismes de prévoyance ou des compagnies d'assurances privées. Par des décisions qui limitent le remboursement assuré par les régimes de base, le gouvernement transfère la charge financière sur les organismes complémentaires. Leurs tarifs augmentent donc régulièrement à cause de l'augmentation de la consommation médicale, de ces transferts de charge et du coût croissant de certains actes médicaux ou paramédicaux.

- **Tarifs des organismes complémentaires croissants avec l'âge de l'utilisateur**

Les cotisations des régimes de base sont basées sur les ressources des adhérents. Par contre celles des organismes complémentaires sont très généralement forfaitaires et variables selon la situation de famille. Cette méthode défavorise les ménages ayant de faibles revenus.

De plus, les cotisations aux organismes complémentaires peuvent être variables avec l'âge : pour des remboursements identiques, le tarif augmente avec l'âge de l'assuré, ce qui conduit à des cotisations élevées pour des retraités de plus de 80 ans, sans que leurs ressources soient plus importantes. Or c'est surtout parmi les retraités les plus âgés que se développe la pauvreté.

- **Absence de couverture maladie complémentaire pour certains retraités**

Tous les éléments précédents conduisent certaines personnes âgées à ne pas adhérer et à ne pas cotiser pour des couvertures complémentaires parce qu'elles ont des difficultés financières. L'expérience montre que, pour des raisons financières, certains retraités aux revenus modestes cessent le paiement de leurs cotisations aux complémentaires santé, ce qui conduit à la suppression de leurs droits à des remboursements.

On estime qu'en France 6 à 7 % de la population n'a pas de couverture complémentaire, soit plus de 4 millions de personnes. Parmi elles, trois groupes importants sont repérés : les jeunes à la recherche d'emploi et les chômeurs mais aussi les personnes les plus âgées.

Les difficultés liées à l'organisation des soins :

- **Pénurie de professionnels sur certains territoires**

La répartition des médecins généralistes et des médecins spécialistes est très inégale en France. La région de Paris, la région de Lyon et le Sud de la France attirent plus les médecins que la partie Nord ou Centre de la France. De fortes inégalités régionales sont apparues et s'accroissent. A l'intérieur des régions et même à l'échelon infradépartemental, la répartition des médecins est fortement variable : les zones rurales, les vallées de montagne et certains quartiers urbains sont peu pourvus en médecins. Il en découle des inégalités dans l'accès aux soins, surtout pour les personnes âgées qui ne disposent pas de moyens de transport.

Les dispositions prévues par la récente loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) seront vraisemblablement insuffisantes pour corriger les déséquilibres actuellement notés. Leur effectivité est reportée à plus ou moins long terme et l'absence de mesures contraignantes ne permet pas d'espérer un accès correct aux soins à court terme alors que l'évolution attendue de la démographie médicale va rendre encore plus fortes les conséquences des disparités.

- **Insuffisances dans l'organisation des permanences de soins et difficultés en cas d'urgences**

D'importantes difficultés sont signalées pour avoir accès à un médecin soit durant la nuit (et plus particulièrement après minuit) soit durant le week-end. Ceci est particulièrement vrai dans les zones rurales et de montagne. L'absence de moyens de transport complique encore plus la situation pour certaines personnes âgées. De ce fait, des appels inconsidérés sont faits pour des admissions d'urgence en hôpital.

Les urgences hospitalières sont alors encombrées par des demandes d'admission qui ne débouchent sur une hospitalisation que dans moins d'un cas sur quatre. Cela démontre les carences de l'organisation des permanences de soins et l'insuffisance des moyens en personnel des services hospitaliers pour répondre à leur mission de service public.

- **Eloignement des services hospitaliers**

La réforme de la carte hospitalière officialisée par la récente loi HPST fait courir le risque de la poursuite d'une centralisation excessive des services hospitaliers centraux au détriment des hôpitaux de proximité. L'annonce de fermeture possible d'un certain nombre de blocs opératoires ayant une faible activité ne fait qu'augmenter les inquiétudes quant à une désertification hospitalière.

C'est plutôt dans la recherche de la mobilité des compétences et d'une meilleure utilisation des professionnels à l'intérieur d'un bassin de vie qu'il faut travailler. Il ne faut pas que la loi HPST soit utilisée pour accentuer les déserts médicaux au profit des grosses agglomérations. Les services hospitaliers de proximité conservent tout leur intérêt pour des soins urgents ou ne nécessitant pas un plateau technique important.

Les difficultés liées au comportement de certains professionnels de santé :

- Application de tarifs médicaux dépassant les règles négociées

La situation s'aggrave de plus en plus par l'attitude de certains médecins qui n'appliquent pas les tarifs définis dans les conventions et pratiquent des suppléments d'honoraires mal remboursés ou non remboursés. Cette pénalisation des malades (et surtout de ceux qui ont les revenus les plus faibles) aggrave considérablement les difficultés financières de certaines personnes âgées.

L'accord conventionnel qui vient d'être négocié entre les régimes d'assurance maladie et les organismes complémentaires d'une part et des syndicats de médecins d'autre part entend limiter les dépassements à 50 % du tarif opposable. Des exemples précis de report de soins liés aux exigences financières de certains médecins sont là pour prouver que ces pratiques sont contraires à l'éthique médicale et peuvent être à l'origine de situations sanitaires difficiles.

Les revendications des organisations syndicales :

L'amélioration de l'accès aux soins par les retraités doit passer par :

- la défense de la Sécurité sociale et la consolidation de notre système de protection sociale solidaire et collectif,
- la fin des désengagements successifs de la couverture de base de la Sécurité sociale et le refus d'un système de santé à deux vitesses,
- la réduction du reste à charge supporté par les malades : suppression des franchises médicales injustes et inefficaces, arrêt des déclassés et déremboursements de médicaments inspirés par des motifs financiers,
- une amélioration de conditions d'acquisition d'une complémentaire santé pour les retraités,
- des garanties pour satisfaire les besoins en personnel des services hospitaliers et le maintien des services hospitaliers de proximité,
- des mesures contraignantes à l'égard des médecins pour favoriser l'équilibre de la répartition géographique médicale,
- la fin de la pratique par certains médecins des dépassements d'honoraires injustifiés et le respect des conventions par les médecins,

Les organisations syndicales de retraités demandent que :

- les décrets d'application de la loi HPST prennent en compte ces demandes,
- les conventions médicales en cours de négociation tiennent compte de l'intérêt des malades.

Les organisations syndicales de retraités demandent que des solutions concrètes et rapides soient mises en place pour remédier aux difficultés issues des désengagements de la Sécurité sociale et aux difficultés d'accès aux soins de santé pour tous.

IV - Prise en charge les personnes âgées en perte d'autonomie

La perte d'autonomie est un des drames de la vieillesse. Les causes sont diverses mais proviennent très souvent de maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson...). Depuis des années, les gouvernements successifs projettent de créer une couverture sociale afin de prendre en charge les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le président Sarkozy a confirmé à plusieurs reprises ce projet. Mais, aujourd'hui, nous constatons que les ministres des affaires sociales en charge de cette question repoussent régulièrement la création de cette couverture sociale.

Quels sont les enjeux ?

Les enjeux sont importants. Les projections démographiques montrent que la population des plus de 80 ans passera dans notre pays à quatre millions de personnes d'ici l'année 2020, soit une augmentation de 80 %. Même si l'espérance de vie en bonne santé progresse plus vite que l'espérance de vie elle-même, cette forte augmentation des plus de 80 ans entraînera une augmentation importante des personnes âgées en perte d'autonomie.

Développer la prévention

Pour l'être humain, garder toutes ses capacités d'autonomie jusqu'à la fin de sa vie est légitime. La prévention est un moyen pour lutter contre la perte d'autonomie. Cela doit être une des dimensions de la politique nationale de santé.

La prévention peut revêtir plusieurs formes, parmi lesquelles :

- visites médicales de dépistage
- prévention des chutes
- animations d'ateliers « mémoire »
- actions de prévention portant sur l'audition et la vision
- prise en charge spécifique en cas d'hospitalisation.

Cette liste n'est pas exhaustive.

Les moyens actuels de prévention ne sont pas à la hauteur des besoins.

Répondre aux besoins de la perte d'autonomie

- **Le maintien à domicile**

Les derniers sondages montrent que les personnes âgées souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible. Le maintien à domicile doit donc être privilégié. Il permet le maintien de la vie sociale. Pour ce faire, il faut développer et améliorer très sérieusement les services et les soins à domicile, ainsi que leur organisation et leur prise en charge financière.

On constate aujourd'hui un trop grand nombre d'intervenants et un manque de coordination entre eux. Se pose également le problème de la formation de ces intervenants, de leurs conditions de travail et de leurs rémunérations.

- **L'accueil en établissement**

L'entrée en établissement est perçue très souvent comme une solution de dernier recours. Elle est rarement choisie. Elle est mal vécue par de nombreuses personnes

âgées. Toutefois, elle est souvent une bonne solution qui permet à la personne de se sentir moins isolée, d'être prise en charge globalement et d'être déchargée des contraintes du domicile. La transition de la vie à domicile à la vie en maison de retraite doit être améliorée. La qualité de l'accueil joue un rôle essentiel.

Le nombre de places en EHPAD est très insuffisant. Le rythme actuel des créations de places en EHPAD (7500 places par an) ne répond pas aux besoins actuels et futurs.

Le taux d'encadrement, c'est-à-dire le ratio entre le personnel d'encadrement et les personnes accueillies est trop faible. Il s'élève à l'échelle nationale à 0,57. C'est nettement insuffisant pour faire face à l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes.

Enfin, les tarifs sont très élevés et très variables.

Ils sont nettement plus élevés en Ile de France qu'en province, en secteur privé qu'en secteur public. A ces tarifs d'hébergement, très élevés, s'ajoutent les frais liés à la perte d'autonomie pris en charge partiellement par l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Ces grandes disparités de tarifs doivent être réduites ; les tarifs doivent être mieux encadrés par les pouvoirs publics ; le reste à charge est beaucoup trop élevé pour les personnes concernées ou leur famille.

Derrière tous ces problèmes, de qualité d'accueil, de taux d'encadrement, de formation et de tarifs, se pose bien évidemment le problème du financement de ces structures.

- **Le financement**

Actuellement, les frais liés à la perte d'autonomie sont en partie compensés par l'APA, sachant que les soins liés à la maladie sont pris en charge par l'assurance maladie. L'APA est insuffisante et inégalitaire. Insuffisante, parce que le reste à payer est beaucoup trop important. Inégalitaire, puisqu'elle varie d'un département à l'autre. La perte d'autonomie doit être prise en charge par la solidarité nationale. La création d'un cinquième risque, le risque perte d'autonomie, est donc indispensable. Les organisations syndicales de retraités revendiquent la création d'un droit universel de compensation pour l'autonomie quel que soit l'âge, pris en charge par la solidarité nationale.

Le recours à des assurances individuelles et au patrimoine des personnes âgées ne sont pas des solutions acceptables.

- **La gouvernance**

La CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) s'est imposée comme financeur dans l'accompagnement de la perte d'autonomie et comme opérateur des programmes interdépartementaux d'accompagnement (PRIAC).

La CNSA fournit des outils de formation et de gestion aux Conseils Généraux. Les organisations syndicales demandent que la CNSA garantisse l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des dossiers.

D'autre part, la totalité des fonds gérés par la CNSA doit être utilisée. Les plans départementaux gérontologiques doivent prendre en compte, de façon prioritaire, les problèmes liés à la perte d'autonomie.

Dans le cadre de l'application de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires), les organisations syndicales s'inquiètent du devenir de la CNSA.

Des projets inquiétants

Les organisations syndicales de retraités s'inquiètent :

- du report systématique de cette question (aux dernières informations, elle serait traitée par le gouvernement au deuxième semestre 2010),
- de la fusion des aides et des moyens existants en un seul dispositif dégressif selon les revenus,
- de la mise en place d'un système de gage patrimonial ayant une incidence sur le taux de prestations, selon l'acceptation ou pas de cette démarche,
- de la généralisation d'un système assurantiel privé à vocation complémentaire non accessible par tous,
- de l'abandon de la convergence entre handicapés et personnes âgées en perte d'autonomie définie par la loi de 2005.