

## Ils cassent, nous demandons réparation !

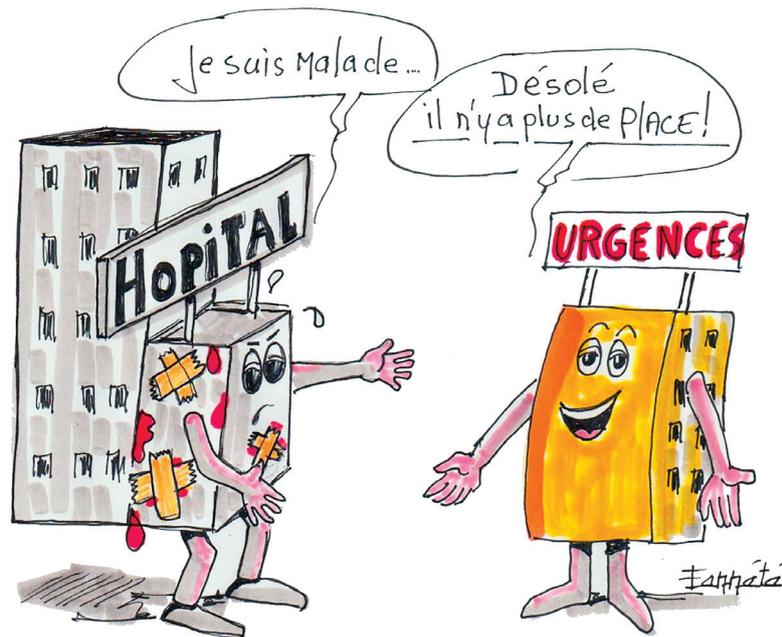
Oui, les retraité·es ont droit à l'accès à la santé, sans restriction, quels que soient leur âge, leur pathologie et leurs revenus. Tous les départements, sans exception, ont mis le problème de la santé et du parcours de soins dans les priorités absolues en matière de revendications chez les retraité·es.

Tous les départements, sans exception, ont eu au moins une action revendicative sur la santé :

tracts, pétitions, rassemblements, colloques et autres.

Oui, soyons force de propositions et d'exigences pour retrouver et améliorer un parcours de soins digne du XXI<sup>e</sup> siècle.

Et nous le dirons, ensemble, partout en France et dans toute l'Europe. Pour un 1<sup>er</sup> octobre exceptionnel, continuons à mobiliser autour de ces revendications.



### SOMMAIRE

2

Notre santé mise en faillite

3

Droits de nos aîné·es à maintenir

4

Paris, aussi ?

5

Une bataille urgente à mener

6

Agences régionales de santé,  
soyons à l'offensive

## COMITÉ GÉNÉRAL

# Notre santé mise en faillite

**Que ce soit en milieu rural ou urbain, en métropole ou en Outre-mer, le même problème: « Comment me soigner, comment me maintenir en bonne santé ? »**

Les USR et les UFR, réunies lors du comité général de l'UCR-CGT, les 18 et 19 juin, ont confirmé que, partout dans les territoires, le problème de l'accès aux soins est devenu un élément essentiel dans les revendications. Sous des formes très diverses, pétitions, tracts, rassemblements, colloques, la même demande émerge: « avoir un accès à la santé, à la prévention et à la thérapie ».

Les besoins ont déjà été collationnés, en partie, lors de l'enquête de l'UCR-CGT: « De quoi ai-je besoin pour vivre dignement ? ». Le problème du parcours de soins, loin d'avoir été amélioré, est devenu de plus en plus complexe et inaccessible au fil des politiques mises en place, des PLFSS\* destructeurs. Il devient, y compris, un facteur d'isolement, de désespérance, et ce n'est pas normal.

### SYSTÈME EN SOUFFRANCE

Souffrir de ne pas pouvoir accompagner dignement un être cher, un-e parent-e, un ou une

amie, faute de structure médicale à proximité, manque de personnel, accueil défaillant, opacité des informations, au lieu de rassurer, l'hospitalisation est une angoisse qui s'ajoute à celle déjà suscitée par la pathologie.

Cette souffrance conduit malheureusement à des reproches, parfois même de la violence, à l'encontre des personnels, qui sont eux-mêmes en souffrance, d'une administration publique qui ne sait plus comment s'en sortir avec le peu de moyens attribués.

Peu importe que la douleur soit physique ou mentale, est-il normal qu'au XXI<sup>e</sup> siècle on doive encore attendre, parfois plusieurs jours, si ce n'est des semaines, pour qu'enfin on puisse être soulagé-e ?

Soulagé par le seul fait de la prise d'un médicament ou de la réalisation d'un massage, d'une injection, qui, en quelques jours, vous remet sur pieds et vous permet de reprendre une vie normale. Est-ce réellement trop demander ?

Comment ne pas s'isoler quand on a des problèmes d'audition, de vue, de dents ou d'articulations, quand sortir de chez soi devient un problème à cause de cette incapacité à se suffire à soi-même, même pour un temps, ou à ne plus supporter la douleur ? Pas de professionnel-les dispo-

nibles ou pas assez de revenus pour faire face à la dépense, il faut donc attendre, ou carrément ne rien faire, avec parfois un sentiment de gêne, une pointe d'humiliation.

Alors que les progrès dans la recherche et les technologies sont constants, que les actes médicaux sont de plus en plus pointus, la possibilité de pouvoir en bénéficier devient de plus en plus aléatoire.

### SYSTÈME À L'ABANDON

Le système de santé ne peut pas être laissé à l'abandon. Pour les retraité-es, il en va du maintien dans la vie sociale. C'est toute leur particularité, loin de la vie au travail, l'isolement s'installe si on n'y prend garde.

La campagne nationale qui débute rassemble toutes les questions et les revendications qui sont déjà très largement débattues dans les USR et les UFR. Elle permet de faire émerger toutes les attentes qui se sont exprimées sur le pouvoir d'achat, les transports, la dématérialisation... Le problème de l'accès aux soins n'est pas dû au seul manque de médecins. C'est un élément structurant autour d'un projet de vie.

Tous les départements, sans exception, ont fait part de la demande d'un changement radical dans la prise en compte de l'accès aux soins.

Tous les ingrédients sont là pour faire que le 1<sup>er</sup> octobre soit une journée de rassemblement de toutes et tous pour que le bien vieillir devienne une réalité.

Partageons nos convictions, portons nos réponses et, ensemble, nous pouvons réussir à imposer de nouveaux choix de gestion et d'orientation budgétaire.



Réuni-es en comité général, les 18 et 19 juin dernier, les dirigeant-es des Retraité-es-CGT ont largement commenté l'actualité et engagé la mobilisation du 1<sup>er</sup> octobre pour faire que le bien vieillir devienne une réalité.

**MIREILLE PAUME**

\* Projet de loi de Financement de la Sécurité sociale.

## EHPAD

# Droits de nos aîné·es à maintenir

Les droits et libertés des personnes âgées répondent aux mêmes exigences que pour l'ensemble de la population. Aucune circonstance ne doit conduire à oublier cette réalité.

Les scandales récents dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) privés nous rappellent que, depuis de nombreuses années, la Cgt alerte sur l'état très préoccupant de la prise en charge de nos aîné·es.

La situation alarmante dans ces établissements conduit à une grande détresse des soignant·es ne pouvant travailler correctement par manque de moyens, d'effectifs et de formation. Même si le gouvernement tente de mettre de l'emplâtre sur une jambe de bois, cela ne doit pas occulter la dégradation persistante dans la prise en charge des personnes âgées.

Sur le terrain, cela se traduit par un épuisement des équipes et des carences organisationnelles. Souvent, les personnes âgées et les personnels témoignent que ce manque d'organisation et de formation occasionne des erreurs de soin, des non-prises en charge sanitaires (douche, incontinence) par exemple, pouvant être interprétées comme de la maltraitance.

## L'HUMAIN N'EST PAS UNE MARCHANDISE

Pour la Cgt, les êtres humains ne peuvent être traités comme une marchandise. Le secteur marchand n'est synonyme ni de coûts avantageux pour les usager·es, ni de qualité du travail pour les soignant·es. Le tarif médian mensuel d'une place en Ehpad public est de 1 893 euros. Il est de 2 040 euros pour un Ehpad privé non lucratif et de 2 803 euros pour un Ehpad privé lucratif.

Si les soins et la perte d'autonomie en Ehpad sont pris en charge respectivement par la Sécurité sociale et les pouvoirs publics, l'hébergement est à la charge des résident·es. Il est estimé que près de 80 % des personnes âgées dépendantes en institution disposent d'un revenu inférieur au coût de leur séjour. Cette situation exclut un grand nombre de familles du dispositif.

Pour avoir accès à un Ehpad, la personne âgée doit en faire la demande à l'administration et remplir un



Source cgt.fr

dossier sur Internet, « grâce à ViaTrajectoire ». Tout un processus informatique complexe qui nécessite la maîtrise de l'outil, alors que cette population est fragile, sans accès aux services publics pour les accompagner dans leur démarche et parfois isolée et/ou sans famille proche.

Lors de la création de la Sécurité sociale, Ambroize Croizat déclarait : « Cotiser selon ses moyens et recevoir selon ses besoins ». C'est loin d'être le cas.

## LA CGT REVENDIQUE :

- la création d'un grand service public de l'aide à l'autonomie, assuré par la Sécurité sociale via la cotisation sociale ;
- une Sécurité sociale unifiée, permettant de prendre en compte toutes les dimensions de la perte d'autonomie, sans qu'elles soient réparties entre différentes branches (famille, maladie, vieillesse et, maintenant, autonomie) ;
- que les Ehpad sortent du secteur marchand, qu'ils investissent dans l'embauche massive de soignant·es et dans l'amélioration de leurs conditions de travail pour garantir une bonne prise en charge ;
- de réformer le contrôle des Ehpad en développant une réelle certification et en rendant opposable une norme minimale d'encadrement en personnel ;
- que le modèle des Ehpad soit revu pour remettre en cause l'opposition entre maintien à domicile et entrée en institution. Rester au domicile ne doit pas être un luxe mais un choix et un droit.

THIERRY MENARD

## DÉSERTS MÉDICAUX

# Paris, aussi ?

**L'île-de-France fait la Une de la presse en devenant, après le départ de milliers de généralistes, le premier désert médical de France.**

Et la capitale est aussi concernée. Si Paris compte une densité de médecins deux fois supérieure à la moyenne nationale, la désertification médicale s'y étend : diminution constante des services publics et absence de réponse médicale due au manque de praticien·nes conventionné·es secteur 1. Du côté des spécialistes, seulement deux sur dix sont affilié·es au secteur 1. Difficile, alors, de se soigner sans se ruiner, surtout avec ce paradoxe : dans les arrondissements les plus pauvres, on trouve les praticien·nes les plus cher·es.

« À Paris, le secteur 1 est en train de disparaître, et nous voyons fleurir des secteurs 2 tous azimuts », a déploré une élue municipale. Aujourd'hui, on a une population vieillissante, qui réclame, par conséquent, davantage de soins, mais avec moins de médecins, qui plus est, qui travaillent moins, et qui ne font plus de visites à domicile. À Paris, il faut en moyenne quinze jours pour obtenir un rendez-vous

avec un·e généraliste et jusqu'à deux mois avec un·e spécialiste. Et rares seront les retraité·es qui feront le choix de rendez-vous, via des plateformes de réservation, en visioconférence avec des médecins qu'ils·elles n'ont jamais consulté·es.

Les témoignages se multiplient de retraité·es qui renoncent à des soins, faute d'avoir trouvé un·e médecin au moment où le besoin se faisait sentir. La paupérisation du secteur public au bénéfice du privé et la bureaucratisation du système de soins entraînent des difficultés pour se soigner.

S'ajoutent à cette situation, les centres de santé en voie de fermeture. Il n'y a, aujourd'hui, que 7 centres de santé municipaux à Paris. Beaucoup de retraité·es ne peuvent pas avancer l'argent de leurs soins et 11 % n'ont pas de complémentaire. C'est la raison pour laquelle, les militant·es parisien·nes revendiquent la création ou la réhabilitation des centres de santé municipaux pluridisciplinaires pratiquant le tiers payant dans chaque arrondissement de la capitale. Ils·elles l'ont affirmé avec force lors du dernier congrès de l'USR-CGT 75.

**PIERRE DE LARQUIER**

# Vie nouvelle

MAGAZINE DE L'UNION CONFÉDÉRALE DES RETRAITÉS CGT

## Ou parrainez un(e) ami(e) !

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Dernière profession : .....

**Renvoyer ce bulletin accompagné du règlement (15€)\* à Vie nouvelle, 263 rue de Paris - 93515 Montreuil cedex**

# 15,50 €\*

\*Offre réservée aux nouveaux abonnés



**Le magazine fait par et pour les retraités**

**www.ucr.cgt.fr**

**Abonnez-vous !**

Informatique et liberté : En application de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toutes informations vous concernant. Ces informations pourront être cédées à des organismes extérieurs, sauf si vous cochez la case ci-contre.

## SÉCU INTÉGRALE

# Une bataille urgente à mener

Conçue par le CNR, alors que la France était affaiblie par les années de guerre, la protection sociale visait à protéger les citoyen·nes des aléas et des évolutions de la vie, de la maladie, des accidents du travail, de l'invalidité, de la perte d'autonomie, du chômage, et de veiller à l'éducation des enfants...

Les gouvernements libéraux successifs, pour de basses raisons économiques, ont accordé d'importantes exonérations de cotisations sociales au patronat, mettant en déficit le financement de la Sécurité sociale et entraînant une dégradation de l'hôpital public, amplifiée par la marchandisation de la Santé.

L'hôpital est exsangue, le personnel à bout de souffle, « jonglant » avec le peu de moyens. Le Covid a accentué et révélé l'étendue des dégâts. Nombre d'établissements sont en proie à de grandes difficultés financières, en raison de l'inflation. Les grands CH et CHU publics se heurtent à une augmentation de 300 à 400 % de leurs dépenses d'électricité.

Notre système de santé est devenu tel, que les signes de dégradation sont palpables: aujourd'hui des complications dans l'organisation, dans la gestion des services et du personnel et des parcours de soins. Quant aux bâtis, nombre de rénovations, de mises aux normes ne sont pas ou peu effectuées.

### RENONCEMENT AUX SOINS

Les plus précaires, dont les retraité·es, renoncent à se soigner. L'annonce de nouvelles restrictions budgétaires par le ministre de l'Économie aura une répercussion dévastatrice sur la qualité des soins, ajoutant des obstacles supplémentaires au personnel de santé.

La décision du doublement de la franchise médicale sur les médicaments (de 0,50 à 1 €) sur les transports sanitaires (de 2 à 4 €) est un non-sens, quand la seule mesure à prendre est de réguler la marchandisation de ces produits de première nécessité. Produits qui sont une source de profits exorbitants sur le dos de l'Assurance maladie. Les sommes récupérées, grâce aux franchises médicales ou aux participations forfaitaires, sont très éloignées des économies qui pourraient être faites, si le prix des médicaments était plus largement contrôlé. Les remises en cause des affections de longue durée, la non prise en charge d'examen·s médicaux selon l'âge, sont des discriminations dans l'accès aux soins.

Pour mémoire, en 2007, la franchise médicale est instaurée car les patient·es sont vu·es comme des



opportunistes qui abusent de leurs droits. C'est d'ailleurs, pour les pouvoirs publics, l'une des causes principales de l'augmentation incontrôlée des dépenses de santé. Culpabilisation des malades, des médecins irresponsables: le discours ne passe plus.

### RECONQUÉRIR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Face à cette situation, nous devons nous donner les moyens pour reconquérir notre Sécurité sociale. Il est nécessaire d'engager une démarche de reconquête fondée sur les principes qui ont présidé à sa création :

- **Unité.** C'est une institution unique qui doit couvrir l'ensemble des risques sociaux: la maladie, la vieillesse, la perte d'emploi, le décès, l'invalidité, les accidents du travail...
- **Universalité.** La couverture doit être étendue à toutes les citoyen·nes.
- **Solidarité.** Intergénérationnelle, entre bien portants et malades ou en perte d'autonomie, la solidarité doit être financée par les richesses créées par le travail.
- **Démocratie.** Les assuré·es doivent en réaliser la gestion.

La santé est un droit fondamental qui doit être garanti à toutes et tous, tout au long de la vie, sans aucune discrimination.

**BERNARD ROUSTAN**

## DÉCRYPTAGE

# Agences régionales de santé, soyons à l'offensive

Elles sont chargées d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système.

Comment pouvons-nous intervenir pour que nos revendications et nos besoins soient pris en compte dans ce pilotage ?

Deux grandes missions: le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région.

Cette définition répond exactement à la politique de santé dont nous avons tous et toutes besoin. Mais qu'en est-il réellement ?

Le pilotage de la politique de santé publique en région comprend plusieurs champs d'intervention:

- la veille et la sécurité sanitaire, ainsi que l'observation de la santé;
- la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé;

Sont concernés: les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et hospitalier. Les ARS coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.

De quoi parle-t-on ?  
De gérer la pénurie des professionnel·les de santé ?  
De maîtriser les dépassements d'honoraires et d'entendre les citoyen·nes dans leurs attentes, pour une meilleure prise en charge de leurs besoins ?  
Ou d'appliquer strictement les directives gouvernementales ?

La régulation comporte une dimension territoriale, pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire, et une dimension économique, pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé.

Budget de fonctionnement, certes, mais dans une enveloppe contrainte émanant directement des ministères de la Santé et du Budget, encadré par le PLFSS. Exigeons des budgets à la hauteur des besoins de la population pour chaque secteur de soins. Que l'élaboration des financements soit en adéquation avec les besoins.

Soulevons le problème des médecins et exigeons l'obligation d'avoir des médecins généralistes et spécialistes du secteur 1, partout dans nos territoires.

La régulation est mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence, la loi mettant à la disposition du directeur général de l'ARS divers leviers, notamment, l'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.

Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité du système de santé.

Nous les voulons publiques et éthiques, et mettre fin à ce système lucratif maltraitant et sans contrôle.

Des améliorations ? Nous n'en sommes plus là. C'est de reconstruction dont nous avons besoin, dans le secteur public et non dans le secteur marchand. Exiger le récapitulatif des actions qui ont été mises en œuvre et la mesure de leur efficacité, et, parallèlement, apporter la preuve de l'effondrement du système de santé dans les départements concernés grâce aux actions qui ont été menées.

La création des ARS, en 2010, inscrit la gouvernance du système de santé dans un cadre global, impliquant l'ensemble des acteurs de santé. Grâce à la transversalité et à la territorialisation des politiques régionales de santé, les ARS permettent de mettre en synergie tous les acteurs des territoires, de développer une vision globale de la santé et de décloisonner les parcours de soins, tout en assurant qualité, efficacité et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le système de santé.

Une transversalité qui se traduit, à cause des contraintes budgétaires du PLFSS, par un jeu de dupes, mettant en concurrence les départements. À celui qui obtiendra une part du budget plus importante, ce sera au détriment d'un autre département ou d'un autre secteur de soins.

Mais qui est garant de l'écoute et de la transcription des besoins dans la politique de l'ARS ? Le projet régional de santé nous donne l'opportunité de travailler avec les actifs·ves, avec les départements de la région, pour faire acter les propositions de l'UCR-CGT en matière de prise en charge de la santé des retraité·es.

Cela nous oblige à travailler en interUSR et en intergénérationnel.

Nous avons aussi à apporter notre vécu de la vie après le travail : les dégâts causés par les maladies professionnelles, les accidents du travail ou les perturbations psychologiques.

Nous avons, là, un champ de revendications avec les professions pour qu'à la retraite, la responsabilité sociale des entreprises, et donc du patronat, entre dans la prise en charge des soins et des traitements dont ils sont directement responsables.

Nous avons des possibilités d'intervention importantes : par le biais des représentants des usager·es, Indecosa par exemple, par les rapports que nous pouvons avoir au travers des CDCA ; avec une action concertée entre les différent·es mandaté·es. Nous ne pouvons pas parler de ce dossier sans évoquer le rôle de la Sécurité sociale dans la prise en charge des soins et de l'accompagnement, ou de la baisse constante des pensions et retraites éloignant les retraité·es des soins de qualité.

Nous l'avons déjà exprimé, le choix de faire l'impasse sur la santé, sur des soins, est inadmissible au XXI<sup>e</sup> siècle. Les moyens sont là, investir dans la santé des retraité·es est juste, nécessaire et humain.

Exigeons des rencontres avec les ARS.

**La santé, c'est pour nous, et pas sans nous.**



# La prévention, c'est ensemble que nous la faisons.

Campagnes de sensibilisation et d'information, ateliers, stages et conseils...

Depuis plus de 20 ans, nous agissons sur les territoires pour rendre nos sociétaires acteurs de leur propre prévention, et les aider à réduire les risques au quotidien.

- Dangers de la route
- Santé et autonomie
- Gestes qui sauvent
- Dangers du quotidien
- Aléas naturels
- Risques nautiques
- Risques cyber
- Argent et éducation budgétaire



La Macif,  
c'est **vous.**

Crédit photo : P5 / Photononstop.

**MACIF** - MUTUELLE ASSURANCE DES COMMERÇANTS ET INDUSTRIELS DE FRANCE ET DES CADRES ET SALARIÉS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE. Société d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 1 rue Jacques Vandier 79000 Niort.