

**INFO EXPRESS du 22 06 2017 décembre 2016**

**RETRAITES LOZERE**

*A tout âge, faire société !*

**Actualités**

**La Foire de LOZERE les 9 10 11 juin 2017** à Aumont Aubrac  s’est bien passée avec l’UD et l’InterCo. Notre stand a été visité et des contacts pris – Merci aux adhérents qui ont passé du temps sur le salon pour animer et informer sur notre syndicat

Prochaine **Assemblée Générale** suivie de notre journée conviviale le **mercredi 28 Juin à Ispagnac dès 9 H –** nous accueillerons Guy Guyot de l’URR Occitanie et Joëlle Mazel de l’UD CFDT 48

Réunion de mise en place du CDCA (**Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l’Autonomie** ) qui va remplacer le CODERPA et le CDC Personnes Handicapées **le 11 Juillet après midi à Mende**- La CFDT y siègera en tant que membre de droit – Le SG sera membre titulaire et il conviendra de choisir le 28 06 un suppléant.

**Informations**

**Une nouvelles revue à lire : « Aider »**

Cette revue de 120 pages à destination des aidants, dont on dit qu’ils sont 11 millions, a pour vocation de réunir des reportages, des interviews de spécialistes (au n°1 Boris Cyrulnik), des zooms sur les droits. Mise en page soignée et agréable, cette revue mérite d’être lue.  
Lien : <https://aider-larevue.fr/>

**Actualité de la santé**

**Cancer : les personnes âgées doivent bénéficier de meilleurs traitements**  
Les plus de 75 ans ne profitent pas assez de traitements innovants contre le cancer ni même de suivi médical adapté, ce qui entraine une mortalité plus importante dans cette tranche d’âge. Il y a de gros progrès à faire dans la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans qui souffrent d’un cancer. C’est le constat du dernier rapport de l’Observatoire sociétal des cancers, émanation de la Ligue contre le cancer. D’ici à 2050, le cancer touchera une personne de 75 ans sur deux.

Les résultats du rapport de l’Observatoire mettent en évidence le fait que les seniors ont peu accès aux essais thérapeutiques et donc aux traitements innovants. Ils minimisent leurs symptômes (ils ont tendance à mettre leurs symptômes sur le compte de l’âge ou d’autres pathologies) et sont souvent diagnostiqués plus tard que la moyenne des autres malades (Chaque année, 120 000 malades de cet âge se font diagnostiquer). Résultat : les soins sont moins efficaces et la moitié des personnes de plus de 75 ans atteintes d’un cancer en décèdent. Trop souvent, l’âge justifie une approche médicale seulement palliative. Et de gros progrès restent à faire également dans le suivi médical.

L’Observatoire insiste sur le fait qu’ « Aujourd’hui, il y a une prise de conscience de la société à ce sujet. Mais, dans la prise en charge, ces patients ne sont pas traités comme les autres ». Il y a très peu d’oncogériatres et la spécialité est très peu enseignée dans les études de médecine. Autre point, les programmes de dépistages organisés ne le sont plus après 75 ans. A ce sujet, la Ligue contre le cancer souhaite que cette tranche d’âge continue à fréquenter les centres de dépistage, via un courrier incitatif. « Quoiqu’il en soit, il n’est pas médicalement légitime d’exclure les personnes âgées des programmes de dépistage dans la mesure où, pour la plupart des cancers, les traitements spécifiques ont chez elles le même niveau d’efficacité que chez les personnes plus jeunes » insiste la Ligue.

Même malades, les seniors gardent espoir et refusent la fatalité. Le rôle de l’entourage est capital pour une meilleure guérison. « La perspective de la visite du petit-fils ou de la petite-fille améliore le vécu de la maladie. Ces rendez-vous sont souvent cruciaux et permettent même aux patients d’évaluer leur état de santé. S’ils n’arrivent pas à les effectuer, c’est que ce jour-là, ils ne vont pas bien », observe le rapport.

**Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?**  
Les vifs débats actuels sur l’accès aux soins, cristallisés autour de la notion de « déserts médicaux », posent une question centrale de mesure et de définition de termes communs. Ce dossier rassemble les éléments chiffrés disponibles et vise à poser quelques jalons dans la recherche de définitions partagées rendant possible l’objectivation. Tant la démographie vieillissante des médecins que les aspirations des jeunes générations concourent à une diminution probable des effectifs libéraux dans les prochaines années, ce qui fait craindre un accroissement des inégalités territoriales d’accès aux soins, qui restent limitées à l’heure actuelle. D’après la mesure proposée, 8 % de la population réside dans une commune sous-dense en médecins généralistes, au sens d’une accessibilité inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant. Sur la période 2012-2015, on observe une légère augmentation de la population située en dessous de ce seuil, mais l’accessibilité des zones qui étaient en-dessous du seuil en 2012 s’est très légèrement améliorée. Si l’on prend en compte les trois principaux points d’entrée du système de santé à savoir les médecins généralistes, les pharmacies et les services d’urgences, environ 0,5 % de la population cumule des difficultés d’accès aux trois. De même, les difficultés d’accès aux médecins généralistes et aux services d’urgence, qui concernent respectivement 8 % et 6 % de la population, ne se cumulent que dans des cas minoritaires.

**Actualité de la perte d’autonomie**

**Réforme tarifaire des Ehpad : un moratoire réclamé** source gazettecommunes  
Reçu ce mardi 13 juin par la ministre de la Santé, le président de la Fédération hospitalière de France (FHF) va réitérer sa demande d’un moratoire dans l’application d’une réforme tarifaire qui « pénalise les maisons de retraite publiques » avec une perte de ressources estimée à 200 millions d’euros.  
A la veille de la journée de solidarité 2017 (lundi de Pentecôte), la FHF avait lancé une nouvelle alerte sur les conséquences de la réforme de la tarification des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), engagée par la loi d’Adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 (art. 58) et s’appliquant depuis le 1er janvier 2017.

Reçu le 13 juin par la nouvelle ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, Frédéric Valletoux, son président va redemander au gouvernement d’instaurer un moratoire car, explique-t-il, « la réforme de la tarification remet gravement en cause le financement de la dépendance dans les structures publiques ».

Une perte de ressources de 200 millions  
« Se voulant plus juste au travers d’une équation dite « objective », le nouveau mode de calcul masque en réalité d’importantes disparités entre établissements et entre les départements eux-mêmes, constate la FHF. A travers les établissements publics, ce sont les personnes âgées dépendantes les plus modestes qui sont touchées par une réforme inique. »

**Une étude présente la composition du coût d’une journée de prise en charge en EHPAD selon le profil des résidents** source CNSA

Cette étude permet de connaître le coût moyen d’une journée de prise en charge en EHPAD en fonction du profil des résidents accueillis. Il varie entre 80 € et 143 € par jour selon l’état de santé et le degré d’autonomie des résidents (soins de ville inclus, mais hors charges financières et de structure immobilière). Il ne s’agit pas du coût facturé aux résidents.  
L’étude objective la part de chaque composante du coût (soins dispensés, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, organisation du lien social, restauration, blanchisserie, hôtellerie générale) selon les groupes de résidents.  
L’étude a été réalisée à partir de 20 000 coûts de journée de prise en charge collectés auprès de 69 établissements volontaires. Les données collectées ont été redressées de façon à représenter les caractéristiques des résidents des 3 084 EHPAD tarifiés au GMPS1 ayant réalisé une coupe Pathos en 2013, 2014 ou 2015 (population de référence).  
Pour mémoire, le financement des EHPAD repose sur :   
- l’assurance maladie pour les prestations de soins délivrées par l’EHPAD aux résidents, via la CNSA et les agences régionales de santé ;   
- les conseils départementaux pour les dépenses liées à la perte d’autonomie et éventuellement les dépenses d’hébergement, via l’allocation personnalisée d’autonomie (APA) et le cas échéant, l’ASH ;   
- le résident ou sa famille pour les dépenses d’hébergement et pour une partie des dépenses de dépendance (coût du ticket modérateur) ; ces deux catégories pouvant être couvertes par l’aide sociale à l’hébergement.

**Actualité du bien vieillir**

**L’habitat inclusif, c’est quoi ?**

L’habitat inclusif est une réponse complémentaire au logement ordinaire et à l’hébergement en institution.  
Il s’agit généralement de petits ensembles de logements indépendants proposés aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, associés à des espaces communs. Ils permettent de combiner vie autonome et sécurisation de l’environnement. Ils réunissent des personnes souhaitant s’intégrer dans un projet de vie spécifique, souvent à forte dimension citoyenne.  
Le terme « habitat inclusif » regroupe des organisations très diverses, mais qui présentent trois caractéristiques communes :  
une organisation qui fait du lieu d’habitation de la personne, son logement personnel, son « chez soi », la conjugaison de la réponse au besoin de logement et aux besoins d’aide, d’accompagnement et, le cas échéant, de « surveillance », l’insertion active dans la vie de quartier, l’environnement de proximité.  
On parle parfois d’habitat alternatif pour les personnes âgées. L’observatoire a choisi de retenir le terme d’habitat inclusif quel que soit le public, personnes âgées ou personnes handicapées.

# CFDT Retraités LOZERE

# Union territoriale CFDT des retraités de la Lozère

# Nous contacter Marc Moulis 06 77 07 84 64 – marc.moulis@icloud.com

Adresse : 10 rue Charles MOREL – 48000 MENDE

Permanence : tous les mercredis de 9 h 30 à 12 heures à l’UD

Courriel : [lozere@retraites.cfdt.fr](mailto:lozere@retraites.cfdt.fr)

Site internet : https://www.cfdt-retraités.fr/Lozere

***UTR LOZERE CFDT – 22 Juin 2017 – Numéro 6***