

ÉDITO

LES RETRAITÉ.E.S DANS LA TOURMENTE DE LA COVID 19

Nous, retraité.e.s, avons vécu la crise sanitaire en suivant l'actualité, en aidant nos proches sur place ou à distance et - confinement et mesures de précaution individuelles obligent - en suspendant la plupart de nos activités habituelles associatives, sportives, culturelles, militant.e.s, familiales, de travail continué ... Certain.e.s d'entre nous, leur famille ou leurs ami.e.s ont été touché.e.s par la Covid-19, avec des formes plus ou moins graves. Du fait de la Covid-19 ou d'une autre maladie, des camarades nous ont quittés. Nous pensons à Carmen Boucher, à laquelle notre mensuel rend hommage.

Cette dernière Lettre aux Retraitées de l'année universitaire se présente de manière inhabituelle, centrée sur la Covid-19 et ses conséquences sur les retraité.e.s. Sous la forme d'une foire aux questions, Jacques Haiech fait le point sur l'état des connaissances sur la maladie à la mi-juin. Hervé Lelourec présente un regard sur la situation en Grande Bretagne face à la Covid-19. Jean Amar montre l'activité d'un responsable FSU en Val-de-Marne. Marie-France Le Marec aborde la question des EPHAD pendant cette période. Michelle Lauton revient sur la situation des personnes âgées à domicile et le rôle des retraité.e.s devenu.e.s aidant.e.s.

La Covid-19 n'a pas disparu. Il faut continuer à se protéger, surtout pour les plus âgé.e.s d'entre nous.

Mais des activités reprennent. La vie démocratique doit pouvoir s'exprimer, sous des formes appropriées. Des projets inquiétants arrivent à l'Assemblée - notamment le financement de la période Covid-19 par le budget de la sécurité sociale et non par le budget de l'État ; les attendus de la création d'une cinquième¹ branche



Notre co-secrétaire générale Anne ROGER qui porte le drapeau du SNESUP le 16 juin 2020.

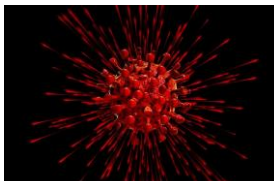
Perte d'autonomie. Les déclarations du Premier ministre au Ségur de la Santé, où il affirme vouloir garder le cap, ne vont pas dans le bon sens. Les manifestations du 16 juin pour la Santé ont été puissantes.

La (ou une) réforme des retraites semble resurgir...

Il nous faut vivre un bon été et reprendre des forces dans la perspective de l'automne.

Jean Amar, Jacques Haiech,
Michelle Lauton, Hervé Lelourec
17 Juin 2020.

[Lettre ouverte du groupe des 8 au Ministre](#)



Quelques questions à propos de la COVID 19

1. Comment se transmet le virus : les enfants, les concentrations de personnes, les super-contaminateurs ?

Au début de la pandémie, on a considéré que l'épidémie se faisait de manière uniforme comme pour la grippe, i.e tout le monde était également contaminable et toute personne porteuse du virus pouvait contaminer en moyenne 3 personnes. Les résultats suggèrent que :

- a) La probabilité de contaminer et d'être contaminé.e n'est pas la même pour l'ensemble de la population. Les enfants en particulier semblent être moins contaminables et moins contaminateurs ;
- b) Il existerait des personnes qui seraient des super-contaminateurs, i.e qui généreraient une grande quantité de gouttelettes virales et qui pourraient être peu ou pas symptomatiques. Cela a été décrit dans le SARS et lors de l'épidémie de typhoïde en 1918 avec la tristement célèbre « Typhoid Mary ² » ;
- c) Pour être contaminé.e, il serait nécessaire d'être exposé.e à une concentration importante de virus pendant un temps suffisamment long (15 minutes). Cela expliquerait les événements super-contaminateurs impliquant une densité de population dans un lieu confiné. Les modes de ventilation pourraient jouer un rôle dans la concentration de virus à certains endroits d'une pièce. C'est ce qui a été analysé lors de contaminations ayant eu lieu dans des restaurants.

2. La chloroquine : est-ce que la question est close ?

Aucune étude dans les prochains mois ne va clore l'affaire de la chloroquine, car c'est devenu une affaire de conviction et non plus de raisonnement.

L'utilisation de l'hydroxychloroquine et de la chloroquine est le résultat d'une stratégie de repositionnement. La pharmacopée, i.e l'ensemble des molécules actives des médicaments sur le marché, comprend moins de 1800 principes actifs. En moyenne, l'industrie pharmaceutique met sur le marché bon an mal an environ 20 nouvelles molécules. Ces nouvelles molécules passent dans le domaine public 15 ans environ après la date de début de mise sur le marché. Il a été constitué des collections de molécules actives constituant les médicaments actuels et qui ne sont plus protégées par un brevet. Ces bibliothèques molécules actives contiennent environ 1500 molécules.

Si l'on considère la pathologie COVID-19 dont la cause est le virus sars-cov2, on va établir un test in vitro pour suivre la contamination d'une lignée cellulaire par le virus. Lorsque ce test est miniaturisé et automatisé, on teste les molécules de ces bibliothèques pour voir si certaines d'entre elles sont capables d'empêcher la contamination cellulaire par le virus et sa réplication. Ces tests sont réalisés à forte concentration. Quand on réalise ces tests, l'hydroxychloroquine et l'azithromycine inhibent la réplication du virus SARS-cov2. C'est aussi le cas pour plusieurs dizaines de molécules de ces bibliothèques.

On procède alors à la validation des molécules trouvées en réalisant ce que l'on appelle une courbe dose-réponse sur ce test. On cherche la concentration moyenne de la molécule qui inhibe 50 % de la réplication du virus. Dans le cas de l'hydroxychloroquine et de l'azithromycine, on trouve que la dose de ces molécules inhibant à 50 % la réplication du virus dans des cellules rénales de singe, est de l'ordre de 2 µM.

On se pose alors deux questions :

- 1) Quelle est la posologie du médicament qu'il faut prendre pour arriver à cette concentration ?
- 2) Peut-on craindre des effets toxiques aux concentrations nécessaires pour avoir un effet thérapeutique ?

La posologie pour atteindre cette concentration est de l'ordre de 10 à 20 mg/kg.jour. C'est dépendant de l'individu et de sa capacité à absorber la molécule et à l'éliminer.

L'analyse de la toxicité des molécules et la prédiction de la toxicité a nettement progressé ces 20 dernières années. Cette toxicité doit être évaluée non pas seulement sur l'individu sain mais sur l'individu malade. En effet, la

² https://fr.wikipedia.org/wiki/Mary_Mallon

toxicité d'un médicament peut être révélée par la pathologie. Les deux effets toxiques majeurs de l'hydroxychloroquine sont la toxicité rétinienne (la molécule s'accumule dans les cellules de la rétine et les détruit sur le long terme) et la toxicité cardiaque. On sait que la toxicité cardiaque est due à l'inhibition d'un canal potassique cardiaque par la molécule. Cette inhibition a lieu aussi à une concentration de l'ordre de 2 μM , i.e à peu près la même concentration où l'on aurait l'effet antiviral.

L'analyse des résultats conduit à considérer que si l'hydroxychloroquine a un effet antiviral donc thérapeutique, ce sera à la même dose que celle donnant une toxicité cardiaque.

La COVID produit aussi une toxicité cardiaque en particulier dans les cas graves. On peut s'attendre à ce que l'utilisation de l'HQC sur des malades avec des symptômes peu sévères et à des doses de 600 mg/jour ne produise ni toxicité ni effet et que pour les malades avec une symptomatologie sévère, elle puisse avoir un effet aggravant.

Les différentes analyses observationnelles ou interventionnelles semblent corroborer cette analyse.

3. Les traitements. Quelles pistes sont-elles encore poursuivies ?

Le 11 juin 2020, le site clinicaltrials.gov dénombre 2057 études. On peut les classer en catégories :

- Des études pour tester des antiviraux ;
- Des études pour pallier l'orage cytokinique et bloquer ou atténuer le processus inflammatoire ou le processus de coagulation qui apparait jouer un rôle important dans les cas graves de la pathologie ;
- Des études sur l'utilisation du plasma de patient.e.s convalescents ;
- Des études sur des marqueurs permettant de suivre la progression de la maladie ou de pronostiquer la sévérité de la maladie ;
- Des études sur de potentiels vaccins ;
- Des études inclassables testant par exemple des éléments de la médecine chinoise, des oligoéléments, des études observationnelles sur différentes cohortes de malades....

Au fur et à mesure que l'épidémie s'atténue dans certains pays, ces études vont être mises en sommeil ou disparaître par manque de recrutement de nouveaux/elles malades. Les derniers résultats mettent en avant les traitements anti-inflammatoires (dexaméthasone et inhibiteur des récepteurs de l'IL6).

4. Les vaccins. Les Chinois expérimenteraient. Et ailleurs ? Quand cela pourrait-il aboutir ?

Il est difficile d'avoir une vue exhaustive de l'ensemble des essais de vaccins et à quels stades ils sont. Le monde occidental est impliqué dans plus d'une dizaine de vaccins et au moins cinq vont commencer une phase clinique III après une phase clinique I qui teste leur innocuité et une phase II qui teste la génération d'IGG lors d'injection du vaccin. La phase III consiste à évaluer sur quelques milliers de personnes la capacité du vaccin à protéger contre le virus. Cela peut prendre de quelques mois à plusieurs années car cela dépend de l'exposition des personnes vaccinées au virus. On veut répondre à au moins deux questions :

- a) Est-ce que le vaccin induit des anticorps qui sont protecteurs et pour combien de temps ?
- b) Si le virus mute, est ce que les anticorps sont protecteurs ou pas et dans le pire des cas, est-ce qu'ils peuvent avoir un effet d'amplification de la pathologie ? Ce phénomène a déjà été observé dans des vaccins expérimentaux contre la dengue.

5. Les tests : leur utilité, leurs limites

Il existe deux types de tests, le test dit PCR pour « polymérase chain reaction » qui détecte la présence du matériel génétique du virus dans un prélèvement naso-pharyngé et le test sérologique qui détecte dans le sang la présence d'anticorps IGM et IGG contre le virus. Le test PCR signe la présence du virus et le test sérologique une rencontre passée avec le virus.

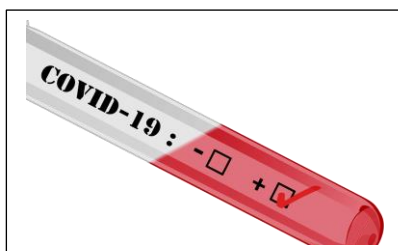
Les caractéristiques importantes d'un test sont sa capacité à donner le moins de faux positifs (la spécificité du test) et le moins de faux négatifs (la sensibilité du test).

Le test PCR est très spécifique (pas de faux positif) mais peu sensible (parfois plus de 50 % de faux négatifs). Cette mauvaise sensibilité est due au mode de prélèvement et au lieu de prélèvement. Bien que le protocole validé soit un prélèvement nasopharyngé, il semble que le prélèvement salivaire ou une expectoration induite donne aussi un résultat plus sensible que le prélèvement nasopharyngé. Si l'on se base seulement sur le résultat

d'un test PCR, on pourrait être porteur/euse du virus et donc contagieux/se sans en être conscient.e. Il est important de prendre en compte le résultat du test à l'aune de l'examen clinique et des résultats d'imagerie pulmonaire.

Les tests sérologiques ont des qualités très variables avec des niveaux de sensibilité et de spécificité qui peuvent être bas (spécificité et sensibilité de 80 %).

Prenons un test qui donne 10 % de faux positifs. Vous voulez l'utiliser pour savoir si vous êtes immunisé.e.s. La population de votre région a une séroprévalence de 10 %, i.e le virus a touché 10 % de la population et a induit des anticorps dans 10 % de la population. Quand vous faites le test, vous avez une chance sur 10 d'avoir les anticorps induits par une rencontre avec le virus. Dans ce cas, vous êtes protégé.e et vous n'êtes pas même test peut donner 10 % de faux positifs, donc vous avez une chance sur dix d'avoir un résultat positif sans être protégé.e et parfois d'être positif sans le savoir. Cela signifie, avec un test qui a une spécificité de 90 % utilisé dans une population qui a en moyenne 10 % de contamination, un résultat positif signifie que vous avez une chance sur deux de ne pas avoir d'anticorps et de ne pas être protégé.e. Or la moyenne en France est une séroprévalence de 3-4 % et dans certaines régions, on est en dessous de 1 %. Il faut des tests qui ont une spécificité supérieure à 99 % pour commencer à avoir des résultats fiables. On ne peut utiliser ces tests pour avoir un passeport d'immunité.



6. Quelle est l'importance relative âge/co-morbidités ?

L'âge est la variable qui est la plus explicative pour le taux de mortalité. Il faudra encore quelques mois pour analyser en détail le rôle des comorbidités. Il semble que le diabète de type 2 soit un facteur de risque. Au-delà de ces deux points (âge et diabète de type 2), les données ne sont pas encore suffisamment analysées et croisées pour donner une image nette des co-morbidités.

Certains travaux montrent une augmentation du risque de contamination plus important pour les familles nombreuses vivant dans des appartements exigus. La classe sociale apparaît corrélée avec le risque de contamination et de mortalité sans que le lien cause-effet puisse être clairement défini (accès au soin, accès aux masques, travail exposant plus au virus...).

7. Comment expliquer les différences hommes/femmes ?

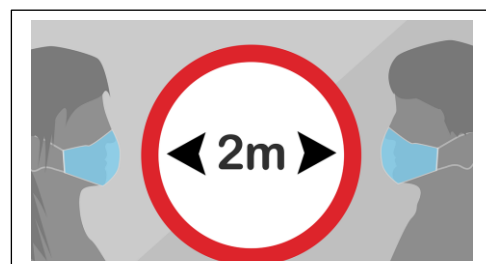
À ma connaissance, on a des hypothèses pour expliciter les différences mais pas de données solides.

8. Quelle est l'utilité du port du masque, de la distanciation physique³ ?

La première utilité du masque est de diminuer la dispersion du virus que nous pourrions émettre via des gouttelettes de salives et de mucus. Les masques lavables, chirurgicaux et grands publics ont cette capacité. En le portant, nous protégeons d'abord les autres.

La seconde utilité du masque est de nous prémunir de l'injection de virus toujours sous forme de gouttelettes. Pour cela, le masque doit être étanche et parfaitement s'adapter à notre visage. C'est le cas des masques FFP2 ou N95 mais pas des masques FFP1 ou chirurgicaux. Ces masques étanches provoquent une gêne respiratoire sauf s'ils sont équipés d'une valve. Dans ce cas, si l'étanchéité est garantie lors de l'inspiration, elle n'est pas garantie lors de l'expiration. Ces masques FFP2 nous protègent mais ne protègent pas les autres. Le masque FFP2 sans valve permet de se protéger et de protéger les autres au détriment d'une gêne respiratoire.

La distanciation sociale d'un mètre nous permet d'éviter la réception des grosses gouttelettes de virus mais pas la brume des fines gouttelettes. Masques et distanciation sociale semblent donner une protection presque aussi bonne qu'un confinement strict quand toute la population les met en œuvre.



³ Pour les tests et les masques, voir <https://www.youtube.com/watch?v=t5nR5rSIF7Y>

9. Quels sont les risques dus à l'isolement ?

Le confinement strict semble induire des symptomatologies psychiatriques importantes et des pathologies du glissement (se laisser mourir) pour les personnes âgées. On ne pourra faire un véritable bilan qu'avec un recul d'au moins un an. La pandémie a généré suffisamment de données pour permettre un travail pour de nombreuses thèses dans les 5 à 10 prochaines années.

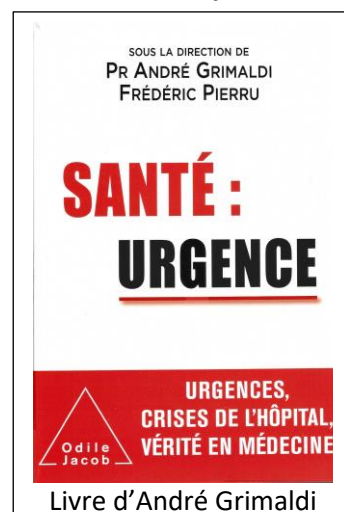
Jacques Haiech
17 Juin 2020



Coronavirus chez nos voisins : exemple du Royaume-Uni

Par rapport à la moyenne des 5 dernières années, on y note un surplus de mortalité⁴ de 60 000 personnes, soit 955 par million d'habitant.e.s. Et avec presque un total de 42 000⁵ décès attribués au Covid19, le Royaume-Uni est 3^{ème} derrière les États-Unis et le Brésil.

Comme en France, des années de coupes budgétaires et une approche « flux tendu » pour « optimiser » les coûts ont été des facteurs majeurs de l'impréparation du gouvernement Johnson face à cette pandémie. Comme en France, il s'est ajouté au début une certaine désinvolture du gouvernement et même une certaine condescendance vis-à-vis de la Chine et de l'Italie, ce qui a retardé les décisions à prendre au lieu de profiter de l'expérience des bonnes et mauvaises stratégies mises en œuvre dans les pays qui ont eu la malchance d'être atteints les premiers. Comme en France, il y a eu pénurie de matériel de protection personnelle, y compris pour les personnels soignants, avec en conséquence la même réticence à encourager le port du masque dont l'utilité pourtant n'est plus contestée maintenant. Comme en France, le dépistage massif n'est pas pratiqué, pour les mêmes raisons de pénurie, alors qu'il a prouvé son utilité dans plusieurs pays asiatiques. Enfin comme en France, les maisons de retraite ont payé un lourd tribut : jusqu'à récemment les personnes âgées qui revenaient d'un séjour à l'hôpital n'étaient même pas testées, ce qui a propagé l'infection.



Le Royaume-Uni a le pire bilan parmi les pays européens notamment par son retard à décider le confinement, car dans un premier temps la stratégie explicite était la recherche de la « *herd immunity* » (immunité collective) en laissant l'infection libre de se propager et en espérant que la majorité de la population survivante développerait des anticorps sans que le nombre de décès soit trop grand. Quand il a été estimé qu'il pourrait y avoir 500 000 mort.e.s, le gouvernement Johnson n'a pas osé continuer dans cette voie, mais une semaine au moins a été perdue à ne rien faire. Or selon le professeur Neil Ferguson⁶, le nombre de décès aurait été divisé par deux si le confinement avait démarré une semaine plus tôt⁷.

Hervé Lelourec
14 Juin 2020

⁴<https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/jun/14/even-tories-increasingly-fear-they-have-inflicted-the-worst-of-all-worlds-on-britain>

⁵<https://www.theguardian.com/world/2020/jun/14/coronavirus-uk-map-latest-deaths-confirmed-covid-19-cases>

⁶Spécialiste épidémiologie et modélisation mathématique, Imperial College London

⁷<https://www.theguardian.com/world/video/2020/jun/10/neil-ferguson-earlier-lockdown-would-have-halved-coronavirus-death-toll-video>

LA FSU ACTIVE DANS LE VAL DE MARNE PENDANT LA CRISE SANITAIRE



Manifestation du
mardi 16 juin 2020.

Dès le début de la crise sanitaire l'intersyndicale CGT, FO, FGR-FP, FSU et Solidaires du Val-de-Marne a interpellé le Préfet. S'il n'a pas donné suite à ce courrier, le directeur de l'antenne départementale de l'ARS a échangé une fois par semaine en audioconférence avec l'intersyndicale.

Nous avons pu relayer les craintes des retraité.e.s et leurs exigences concernant les moyens (masques, gel, tests) nécessaires pour assurer la protection des plus fragiles dans les EHPAD ou pour les « *aidé.e.s à domicile* ».

Nous lui avons fait part de notre inquiétude quand nous avons eu connaissance d'une note de l'ARS d'Ile-de-France, concernant l'hospitalisation des personnes âgées en réanimation et autorisant l'utilisation d'un sédatif utilisé habituellement en soins palliatifs. Nous avons voulu savoir si les résident.e.s d'EHPAD, ont bénéficié du même droits aux soins et de la même qualité de prise en charge que les autres patient.e.s et si leur hospitalisation n'a pas été refusée faute de place.

Nous l'avons aussi interpellé tout au long du processus d'arrêt, puis de reprises des visites des proches en EHPAD. Nous avons aussi fait part de nos craintes quant au non-respect du secret médical lors de la procédure pour retrouver les « contacts » du malade par des « brigades », inquiétudes d'ailleurs ensuite partagées par le Conseil Constitutionnel.

Si ces échanges avec un fonctionnaire n'ont pas d'impact dans la situation des retraité.e.s et personnes âgées elles ont légitimé nos organisations : nous serons à nouveau reçu.e.s dans les prochains jours pour discuter de la politique sanitaire dans notre département et en particulier des Unités de Soins de Longue Durée (USLD) alors que les demandes d'audience de nos organisations avaient toujours été repoussées.

Nous nous sommes aussi alarmé.e.s des risques d'augmentation des prix de journée dans les EHPAD pour faire face à la dégradation de la situation financière de nombreux établissements dans cette période, ce en raison d'une augmentation des dépenses et d'une baisse des recettes. Le Département a pris une mesure d'urgence en mettant 7 millions d'euros à disposition de 10 établissements pour leur permettre de continuer à fonctionner. Mais au regard de l'ampleur des conséquences de la crise, des mesures nationales fortes sont indispensables : le Président du Conseil départemental a proposé la création d'un fonds d'urgence national, doté d'une première enveloppe de 300 millions d'euros. Mais à ce jour aucune réponse n'y a été apportée. Les familles et les personnels ont besoin d'une réponse au moment où se prépare le prochain PLFSS.

Nous avons aussi eu le souci de partager ces informations et préoccupations. Nous avons informé régulièrement les syndiqué.e.s FSU en éditant deux « [Lettres flash](#) » et publié deux [communiqués de presse](#).

Nous avons aussi participé aux différentes mobilisations : rassemblement départemental devant l'ARS et à la manifestation parisienne le 16 juin pour exiger les moyens nécessaires pour l'hôpital public.

Jean Amar
17 Juin 2020

Covid 19 : Tourmente et tourments dans les EHPAD !

Il faudra bien tirer, et vite, des enseignements de cette douloureuse période, pour gérer les crises à venir (épidémiques ou climatiques) avec professionnalisme, humanité et solidarité.

Les EHPAD dans la tourmente

Depuis des mois les personnels des EHPAD, soutenus par les syndicats et le mouvement des retraité.e.s du Groupe des 9, étaient en lutte pour alerter sur le **manque de personnel et de moyens** pour accueillir et offrir des **conditions de soins et de vie sociale dignes** à leurs résident.e.s.

Depuis des années, les politiques ont délaissé cette partie de la population, les retraité.e.s étaient présenté.e.s comme des privilégié.e.s ou comme des personnes facteur de coûts pour la société. Les maisons de retraite sont devenues **un marché lucratif**, pour seniors aisés, **ou des lieux de « fin de vie », insuffisants en nombre, accessibilité et qualité**, dans le secteur public ou associatif.



Photo de Jean Amar dans la manifestation du 16 juin 2020.

Dès l'apparition de l'épidémie, il était clair que la **surcharge de travail** liée au manque **de personnels** et à la **lourdeur des protocoles** mis en place (service des repas en chambre par exemple) allait rendre la situation très difficile. Les difficultés liées au **manque de moyens de protection** (masques, gel, blouses, tests...) s'y sont ajoutées.

Avec de **grandes disparités, la gestion de la crise sanitaire a été problématique**. Dans certains EHPAD privés (voir témoignages au sein du groupe Korian), la **volonté de profit** était telle que les personnels n'avaient pas le droit d'user de protections, pourtant disponibles, en l'absence d'un cas avéré ! Plusieurs de ces établissements ont connu une série de décès qui aurait pu être évitée. Mais cela n'entache pas la rentabilité florissante du groupe. Dans d'autres établissements ces mêmes protections sont arrivées très tardivement. Les salarié.e.s des EHPAD venaient **travailler la peur au ventre** de contaminer des résident.e.s, d'être contaminé.e.s... En **l'absence de tests**, il fallait poursuivre, parer aux soins très rapidement, enchaîner les autres tâches imposées par le protocole. Dans les **EHPAD publics municipaux**, la situation était plus « confortable » du fait des renforts venus des personnels municipaux affecté.e.s avant le confinement en école et avec des protections distribuées en début d'épidémie.

Les tourments des résident.e.s

Pour limiter les risques de diffusion de l'épidémie, les résident.e.s ont été confiné.e.s strictement dans leur chambre. Plus de visite, plus d'activités de loisirs, peu de soins non urgents. Des repas servis à horaires aléatoires, sans choix possible... Et des interactions humaines réduites à l'essentiel avec les personnels. Les conséquences de cette situation sur le bien-être, puis la santé, des résident.e.s ont été rapides : **perte d'appétit, perte de mobilité, perte de compétences cognitives, perte du goût de poursuivre le chemin de leur vie**. On peut s'interroger sur le bien-fondé de ce confinement absolu. La source de contamination la plus évidente étant celle des personnels qui allaient et venaient entre l'intérieur et l'extérieur à l'EHPAD, qui approchaient les résident.e.s pour les soins, qui devaient leur parler souvent à voix forte et à proximité immédiate... Or **aucun test sur le personnel pour détecter un risque**. Une visite dans la chambre d'un proche de la famille (avec masque et distanciation) ne représentait-il pas un moindre risque et un bénéfice certain pour le moral de la personne confinée en chambre ?

De quoi sont vraiment mort.e.s les résident.e.s des EHPAD (autour de 10 000) ou les personnes âgées isolées à leur domicile (autour de 9 000) supportant les aléas d'une aide à domicile ?

Organiser un service public à la hauteur des besoins

Si les personnes très âgées, les personnes en perte d'autonomie, doivent être protégées, c'est par un **service public compensant les pertes d'autonomie** par des dispositifs adaptés. La personne humaine a le même **droit au respect de sa vie, de ses libertés, du droit à la santé, aux soins, à la culture, aux loisirs...** de la naissance à la mort. Il revient à une société prônant les valeurs d'humanité, d'égalité, de liberté de construire **l'offre diversifiée de modalités de vie** après la vie professionnelle et lors de la survenance de perte d'autonomie : EHPAD publics, résidences seniors publiques, aides à domicile avec logement adapté... avec prise en charge 100 % sécurité sociale. Un personnel, en effectif suffisant, formé et correctement rémunéré. Des personnes âgées qui participent effectivement aux décisions les concernant. Cela « **quoi qu'il en coûte** » !

Marie-France Le Marec
6 Juin 2020

Retraité.e.s et aidant.e.s, c'est une situation de plus en plus courante. Cela peut commencer par de petites choses comme faire les courses lourdes ... puis se prolonger par la préparation des médicaments ou l'aide à la tenue des papiers du fait de difficultés de vue, la préparation et le conditionnement de repas au congélateur pour la semaine ou la mise en place d'un portage à domicile pour permettre à une mère ou à un père de vivre dans son chez-soi, avec le recours d'une personne venant régulièrement pour le ménage, la lessive, ...

Le choc de la pandémie

Soudain, un imprévu arrive. Ici, c'est le Coronavirus avec le confinement et de nouveaux impératifs : mettre en place les gestes-barrières, décider son parent à venir vivre avec vous car personne ne pourra lui rendre visite et, confinement oblige, il sera malaisé de faire des aller-retours entre son domicile et le vôtre. C'est ainsi que l'on est amenés à vivre ensemble depuis le 17 Mars, sans personnel d'aide, ni kiné ou pédicure, ni coiffeur jusqu'à la mi-mai. Cela tout en s'efforçant de garder un contact avec l'actualité, avec enfants et petits-enfants eux/elles aussi confinés.e.s tout près du télétravail des parents et faisant des devoirs à la maison. Peu de temps pour soi. Et ne parlons pas des actualités et émissions sur le Covid-19, anxiogènes ou diffusant des informations fausses ... tant les connaissances sur ce virus n'ont cessé d'être approfondies, avec leur lot de « fake-news » et de démarches parfois loin d'un travail scientifique validé par les pairs.

D'autres scénarios ont été observés. Les actualités TV ont montré le quotidien de personnes dépendantes à la maison et souffrant d'isolement : recevoir une infirmière laissant tout dans sa voiture ; recourir à des services d'aide à domicile peinant à continuer avec des personnels, souvent des femmes, devant rester à la maison pour garder les enfants ; solliciter des voisins.e.s pour leur amener leurs courses.

Les liens avec la famille ont été difficiles, surtout pour les plus âgés.e.s faute d'accès au numérique (connexion absente ou trop faible, manque d'accessibilité en bureautique). Seuls liens avec autrui, quelques coups de fil. Le risque de glissement a aussi été présent.

Refonder

Maintenant que nous sommes déconfinés.e.s, il faut revenir sur ces situations. Les personnes âgées veulent vivre de plus en plus chez elles. L'hécatombe et l'isolement dans les EHPAD vont accroître ce souhait. Comment aider à le réaliser ? Diverses pistes sont à creuser :

- rénover l'habitat ou proposer le moment venu un autre habitat adapté ;
- amplifier les services d'aide à la personne avec des intervenants.e.s qualifiés.e.s et mieux payés.e.s ;
- développer des transports permettant à toutes.s de se déplacer tant pour le nécessaire que pour la vie sociale ;
- offrir un service de santé publique répondant aux besoins de toutes et tous ...

Cela requiert des moyens financiers alloués sur critères nationaux sans dépendre, comme l'APA actuellement, de la politique de chaque département.

Cela nécessite aussi une aide pour les aidants.e.s : financement, droit au répit, mais aussi aide psychologique, ... Il y a urgence à développer une politique ambitieuse.

Michelle Lauton
10 Juin 2020

Il est encore temps de payer sa cotisation syndicale

Retrouvez les indications à <https://www.snesup.fr/adhesion> . Le barème des cotisations retraités.e.s correspond sensiblement à 40 % de la cotisation d'actif (pour une pension à 75 %) mais tient compte de pensions plus faibles du fait d'un manque d'annuités ou de carrières incomplètes, 66 % de cette somme est déductible des impôts.