



4 € Le journal du Syndicat
National des Enseignements
de Second degré

RETRAITÉS

**ADDITIF
OCTOBRE 2017**

Connaître ses droits et les faire respecter



SOMMAIRE

• La loi d'adaptation de la société au vieillissement	3	• Le droit au congé de proche aidant	9
• L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	5	• Aides diverses	10
• L'EHPAD	6	• Financement	11
• L'hébergement temporaire	7	• Instances de la loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV)	11
• L'accueil de jour	7	• « Gouvernance » de la santé	13
• L'accueil familial	8	• Le cumul emploi-retraite	15
• Le droit au répit	8	• La MGEN	16



La loi d'adaptation de la société au vieillissement, loi ASV

HISTORIQUE

Le projet d'une loi est lancé à l'automne 2013 et prévoit deux grands volets : le maintien à domicile et les EHPAD. S'en suit une large concertation sur le premier volet du projet entre décembre 2013 et février 2014. La loi est adoptée à l'Assemblée nationale en première lecture le 17 septembre 2014 et par le Sénat le 13 mars 2015. Le second volet a été très vite abandonné.

Cette loi a pour objet de « répondre à une forte demande des Français d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population sur la vie sociale et les politiques publiques dans leur ensemble, alors qu'en 2060, un tiers des Français aura plus de 60 ans et que les plus de 85 ans seront près de 5 millions contre 1,4 million aujourd'hui ».

Le titre préliminaire contient les dispositions d'orientation et de programmation. Ainsi l'article 1^{er} pose le principe général : « L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ».

Les grandes lignes de cette loi sont :

ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE :

- identification des facteurs de risque et de fragilités ;
- actions de prévention (actions collectives, aides techniques) ;
- lutte contre l'isolement (plan MONALISA) par le financement par le CNSA de la formation de l'accompagnement des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social et par le financement de mesures d'accompagnement au profit des proches aidants ainsi que de formations des personnels administratifs des services à domicile.

ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

Parmi les mesures proposées figurent des dispositions relatives :

- à la vie associative, comme par exemple l'instauration d'un volontariat civique senior ;
- à l'habitat collectif pour personnes âgées et à l'adaptation du logement individuel ;
- aux territoires, aux habitats et aux transports ;
- au développement de la « silver economy » pour la croissance et l'emploi ;
- aux droits, protection et engagements des personnes âgées par exemple droit, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, à un accompagnement respectant leur projet de vie ainsi qu'une information adaptée sur cet accompagnement.

INFOS PLUS

Référence :

- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement : <https://www.legifrance.gouv.fr>



ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE :

- revaloriser et améliorer l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ;
- refonder l'aide à domicile ;
- soutenir et valoriser les proches aidants notamment avec le droit au répit ;
- définir les modalités de compensation aux départements des dépenses nouvelles résultant des améliorations de l'APA ;
- soutenir l'accueil familial ;
- clarifier les règles relatives au tarif d'hébergement en EHPAD ;
- améliorer l'offre médico-sociale.

GOVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE :

- création sur le plan national d'un Haut Conseil de l'enfance, de la famille et de l'âge ;
- élargissement des missions de la CNSA ;
- remplacement des CODERPA par les CDCA (Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie) dans les départements qui deviennent les chefs de file dans le domaine de l'autonomie.

Le texte présente enfin des dispositions relatives à l'outre-mer afin d'adapter la loi aux départements et collectivités d'outre-mer.

POINT DE VUE DU

Le SNES-FSU s'est battu avec la FSU pour qu'une loi prenne en charge la perte d'autonomie sur la base d'un financement solidaire fondé sur les branches existantes de la Sécurité sociale.

L'action a permis d'aboutir, en décembre 2015, au vote d'une loi [...] mais le SNES a dénoncé les grandes insuffisances [...] en matière de financement, de gouvernance, de recrutement et de formation des personnels de l'aide à domicile, d'accueil en résidence médicalisée, d'absence de référence aux services publics. **Extraits thème 3-11.2.3.**

Congrès de Grenoble 2016



L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

RÉFORME DE L'APA À DOMICILE

1. Augmentation des aides

Les plafonds des plans d'aide APA ont été revalorisés au 1^{er} mars 2016 dans la loi :

- pour le GIR 1 : 1 713,08 €/mois ;
- pour le GIR 2 : 1 375,54 €/mois ;
- pour le GIR 3 : 993,884 €/mois ;
- pour le GIR 4 : 662,95 €/mois.

2. Diminution de la participation financière des bénéficiaires

Aucune participation n'est demandée aux bénéficiaires de l'APA gagnant moins de 800 € par mois ce qui correspond au niveau de l'ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées).

3. Diminution de la participation financière des bénéficiaires ayant des plans d'aide importants

Les bénéficiaires gagnant entre 800 € et 2 945 € ont vu leur taux de participation modulé.

Pour la partie de leur plan d'aide comprise entre 350 € et 550 € ils ont un abattement dégressif de 60 % au maximum pour les revenus immédiatement supérieurs à l'ASPA, jusqu'à 0 % pour un revenu égal à 2 945 €. Cet abattement est porté à 80 % pour la partie du plan d'aide supérieure à 550 €.

4. Prise en compte des besoins et des attentes des bénéficiaires et de celles de leurs proches aidants

Pour évaluer l'ensemble des aides utiles au maintien à domicile, l'équipe médico-sociale APA du département doit :

- évaluer le degré d'autonomie du demandeur (GIR) ;
- évaluer la situation et les besoins **du demandeur** (mode de vie, d'habitat, son entourage...) et **de ses proches aidants** (besoin d'être informé, conseillé...) ;
- élaborer une proposition de plan d'aide indiquant les aides, leur coût, le montant de l'APA, le reste à charge ;
- identifier les autres aides utiles au soutien à domicile du bénéficiaire et de son aidant, non prises en charge par l'APA.

5. Attribution automatique des cartes de stationnement et d'invalidité pour la grande perte d'autonomie

La demande se fait directement dans le formulaire de demande d'APA.

L'attribution est automatique pour les personnes dont le niveau de perte d'autonomie est évalué en GIR 1 ou en GIR 2. Ces cartes permettent à leurs détenteurs de faciliter leurs déplacements, de se garer, d'avoir des places assises dans les transports en commun... Elles sont **gratuites**.

Très important ! La carte d'invalidité permet d'avoir une demi-part supplémentaire pour la déclaration d'impôts (avoir 80 % d'invalidité).

INFOS PLUS

S'adresser soit :

- au Conseil départemental (Maison de l'autonomie) ;
- au CCAS de la mairie concernée ;
- au CLIC, le centre local d'information et de coordination de la commune ;

Pour Paris :

- s'adresser à la Mairie de Paris, sous-direction de l'action sociale, bureau de la réglementation, 94-96, quai de la Râpée, 75012

Références :

- Code de l'action sociale et des familles.
- Loi 2015-1776 du 26 décembre 2015 : loi d'adaptation de la société au vieillissement.
- la revalorisation et à l'amélioration de l'APA, au soutien et à la valorisation des proches aidants, au calcul forfaitaire de l'APA et de la participation lorsque le bénéficiaire recourt à un service d'aide et d'accompagnement financé par forfait global dans le cadre d'un CPOM, au plafond du montant d'aide en fonction du degré de perte d'autonomie - aux versements ponctuels au bénéficiaire de la partie de l'APA servant au règlement de diverses dépenses.
- Décret 2017-882 du 9 mai 2017 autorisant le traitement des données à caractère personnel destinées à la mise en œuvre de l'APA.
- Décret 2017-344 du 16 mars 2017 relatif au traitement des données sur l'APA et l'aide sociale au logement.

L'EHPAD

DÉFINITION

Les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre et ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables.

L'équipe administrative gère le fonctionnement pratique de l'établissement. Les soins sont assurés par un personnel soignant qualifié : infirmiers, aides soignant(e)s, médecin coordonnateur.

Ils accueillent en général 50 à 125 résidents. Il existe aussi des petites unités de moins de 25 personnes.

BÉNÉFICIAIRES

Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui sont partiellement ou totalement dépendantes de l'aide de quelqu'un dans les actes de la vie quotidienne pour des raisons physiques ou mentales. Les EHPAD sont à même d'accueillir les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.

COÛT ET FINANCEMENT

La personne paie, chaque mois, une somme correspondant à l'**hébergement** (l'accueil hôtelier, la restauration, le blanchissage, l'animation et l'administration générale).

Ce tarif est identique pour tous les résidents. Chaque année, le conseil départemental fixe le « prix de journée » de chaque EHPAD, le coût mensuel peut aller de 1 500 € à 4 000 €.

L'Assurance Maladie verse directement à l'établissement le tarif **soins**.

LES AIDES POSSIBLES EN EHPAD

En cas de ressources insuffisantes, les frais peuvent être compensés par :

- l'Aide sociale à l'hébergement (**ASH**) sous réserve que l'EHPAD accepte l'ASH ;
- les Aides au logement : allocation sociale (**ALS**) ou l'aide personnalisée au logement (APL) qui s'applique sur la partie hébergement ;
- l'**APA** qui s'applique sur la facture dépendance, la dépendance étant évaluée selon la grille ÂGGIR allant de 1 à 6 (cf. fiche APA) ;
- les aides fiscales en cas de reste à charge (montant que le résident doit payer une fois ces aides publiques déduites du montant total de la facture).

DÉMARCHE A ACCOMPLIR

Il existe un dossier unique d'admission en EHPAD avec un volet administratif et un volet médical.

Pour trouver les coordonnées du point d'information local le plus proche de chez vous, consulter l'annuaire du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/resultats-annuaire?service=point-information.

INFOS PLUS

- www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise
- www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/les-nouvelles-mesures-de-la-loi



L'hébergement temporaire

DÉFINITION

L'hébergement temporaire permet aux personnes âgées à domicile de trouver des solutions d'hébergement temporaire pour une courte durée et permettre **à leurs proches la possibilité de s'absenter et passer le relais** (besoin d'isolement, absence des aidants, départ en vacances, hospitalisation de l'aidant...). Ce peut être une première étape avant une entrée définitive en maison de retraite.

Le recours à l'hébergement temporaire est facilité dans le cadre de la loi ASV par le droit au répit (cf. page X).

COÛT ET FINANCEMENT

Le tarif peut varier entre 50 € et 100 € par jour.

Plusieurs aides peuvent aider à financer un séjour en hébergement temporaire :

- l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) pour les personnes dont la perte d'autonomie a été évaluée en GIR 1 à 4 ;
- l'ASH (Aide sociale à l'hébergement) ;
- le droit au répit à hauteur de 500 € par an ;
- des aides des mairies et des départements selon les endroits, les caisses de retraite complémentaires ou les complémentaires santé.

La prise en charge des frais d'hébergement temporaire des personnes âgées en perte d'autonomie dont **le proche aidant est hospitalisé** peut aller jusqu'à 992 euros au-delà des plafonds de l'APA.

INFOS PLUS

- www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-extralegales-des-mairies-ou-des-conseils-departementaux
- www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-ailleurs-temporairement/lhebergement-temporaire
- www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/les-nouvelles-mesures-de-la-loi

L'accueil de jour

DÉFINITION

L'accueil de jour propose un accompagnement individualisé et un soutien aux aidants pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible à domicile et à leurs proches de pouvoir libérer du temps durant la journée, de pouvoir échanger avec les professionnels et avec d'autres familles vivant la même situation.

Il s'adresse principalement aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et parfois, aux personnes atteintes d'autres maladies neuro-dégénératives.

FONCTIONNEMENT

L'accueil de jour est proposé soit par des structures autonomes **soit par des EHPAD**. Des activités variées sont mises en place pour favoriser les stimulations physiques, sensorielles et cognitives ainsi que des actions contribuant au bien-être.

INFOS PLUS

- www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/aller-laccueil-de-jour



FINANCEMENT

L'accueil peut être financé, dans le cadre du plan d'aide APA, jusqu'à 500 € depuis le 1^{er} mars 2016.

Le coût restant à charge peut aussi être financé **par la caisse de retraite, la mutuelle, une assurance, ou certaines communes** dans le cadre de l'aide sociale facultative.

DÉMARCHE À ACCOMPLIR

Pour s'inscrire dans un accueil de jour, il faut prendre contact avec la structure, compléter un dossier d'admission et fournir un certificat médical.

L'accueil familial

INFOS PLUS

- www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-en-accueil-familial

DÉFINITION

Il constitue une alternative à l'hébergement en établissement. Il est proposé par des accueillants familiaux agréés par le conseil départemental. qui peuvent être des personnes seules ou des couples. Cette forme d'accueil est encore rare mais la loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV) vise à le développer.

FONCTIONNEMENT

L'accueillant familial peut être rémunéré directement par la personne qu'il accueille dans le cadre d'un **contrat de gré à gré ou être salarié d'un organisme** ayant obtenu l'accord du Conseil départemental. Il peut être **temporaire** (après une hospitalisation, en cas d'absence des proches) ou **permanent, à temps partiel ou à temps complet**, c'est-à-dire la journée et la nuit, ou **séquentiel** par exemple tous les week-ends.

FINANCEMENT

- L'APA à domicile (Allocation personnalisée d'autonomie).
- Les aides au logement.
- L'ASH (l'Aide sociale à l'hébergement).

DÉMARCHE À ACCOMPLIR

Il convient de récupérer la liste des accueillants familiaux agréés auprès du conseil départemental ou d'un point d'information local.

Une fois l'accueillant familial choisi, un contrat d'accueil est à établir qui doit être conforme à un modèle national. Une copie du contrat signé doit être obligatoirement envoyée au conseil départemental. L'association Famidac propose de télécharger en ligne des contrats type.

Le droit au répit

La loi reconnaît l'action du proche aidant en lui donnant une définition et lui reconnaissant des droits. Une personne qui vient en aide de manière régulière, à titre non professionnel, pour accomplir une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie peut être considérée comme un proche aidant, par exemple :



- son conjoint ;
- le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin ;
- un parent ;
- un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables.

Afin de soutenir les proches aidants, la loi instaure **un droit au répit**, intégré à l'APA, pour permettre aux proches aidants qui ne peuvent pas être remplacés et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie au domicile du bénéficiaire de l'APA de prendre un temps de repos.

L'accueil de la personne aidée dans un accueil de jour ou un hébergement temporaire pourra être financé jusqu'à 500 € par an au-delà des plafonds de l'APA. Cette enveloppe pourra aussi servir à financer des heures d'aide à domicile supplémentaires.

En cas d'hospitalisation d'un proche aidant, une aide ponctuelle pourra être accordée. Son montant pourra atteindre jusqu'à 992 euros par an au-delà des plafonds de l'APA. La demande doit être faite au président du Conseil départemental dès que possible. En cas d'hospitalisation programmée, la demande doit être faite au plus tard un mois avant la date de l'hospitalisation.

Le droit au congé de proche aidant

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement réforme le congé de soutien familial, désormais dénommé **congé de proche aidant**. Ce congé n'est pas rémunéré mais l'emploi est maintenu. Le congé est désormais ouvert aux aidants sans lien de parenté avec la personne qu'ils aident à condition :

- qu'ils résident avec elle ou entretiennent avec elle des liens étroits et stables ;
- et qu'ils lui viennent en aide de manière régulière et fréquente à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Le congé de proche aidant est également ouvert aux aidants de personnes vivant en établissement. Les modalités de prise de ce congé sont assouplies avec en particulier la possibilité de le fractionner et de le transformer en travail à temps partiel.

POINT DE VUE DE LA FSU

La FSU se félicite de voir qu'un droit au répit est institué pour les aidants familiaux. Mais la prise en charge de la perte d'autonomie ne peut pas se faire dans ce seul cadre. Aider les aidants est nécessaire mais ne doit pas servir de prétexte à un désengagement de la solidarité nationale. L'aidant familial ne doit pas se substituer à un professionnel. La FSU rappelle que la compensation de la perte d'autonomie doit se faire dans le cadre du service public avec des personnels plus nombreux, bien formés, qualifiés, reconnus. La FSU propose que soit créé un cadre statutaire ouvrant des droits réels aux personnels et une possibilité de titularisation dans un des cadres existants de la Fonction publique. Des formations sanitaires et sociales menant au niveau IV existent dans le second degré (bac pro ASSP, bac techno ST2S), des diplômes professionnels de niveau 3 existent aussi (BTS SP3S, BTS ESF, BTS diététique). Il convient de développer et de revaloriser ces filières. Il faut aussi développer la formation continue.

Contribution FSU, stage « Protection sociale »

INFOS PLUS

Références

- **Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, article 52**
<https://www.legifrance.gouv.fr>
- **Code de l'action sociale et des familles, articles L232-3-2, D232-9-1, R232-27.**

INFOS PLUS

Références

- **Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.**
- **Code du travail, articles L3142-16 à 27 et articles D3142-7 à 13.**

INFOS PLUS

Références

- **Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**
<https://www.legifrance.gouv.fr>
- **Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : « Renforcer la prévention et la promotion de la santé » premier axe.**

Aides diverses

Dans chaque département, une **conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** va adopter un programme coordonné de financement des actions de prévention pour toutes les personnes âgées de 60 ans et plus. La conférence a vocation à financer à la fois des actions collectives de prévention et de lutte contre l'isolement proposées par les services d'aide à domicile, les SPASAD (Services polyvalents d'aide et de soins à domicile) et par les CCAS (Centres communaux d'action sociale) comme des ateliers-mémoire, des ateliers de gym douce... mais aussi des aides individuelles pour faciliter l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées à revenus modestes.

Pour les personnes bénéficiaires de l'APA ou d'une aide de leur caisse de retraite, ces aides compléteront l'aide déjà versée. La demande sera instruite en même temps que la demande d'APA ou d'aide de la caisse de retraite et selon les mêmes modalités. Le circuit d'attribution de ces aides sera précisé par chaque département.

Cette conférence des financeurs, présidée par le président du conseil départemental et vice-présidée par le directeur général de l'ARS (agence régionale de santé), réunit toutes les institutions impliquées dans la prévention : caisses de retraite, organismes régis par le code de la mutualité, ANAH (Agence nationale de l'habitat)...

POINT DE VUE DE LA **FSU**

La FSU reste attentive à la place qu'auront ses représentant-e-s dans les conseils aux niveaux national et départemental et demande que les retraité-e-s soient représenté-e-s avec leurs organisations syndicales dans la conférence des financeurs. **Extrait II-2.6.**

Congrès du Mans 2016

LES RÉSIDENCES « AUTONOMIE »

La loi donne un nouveau souffle aux **logements foyers** renommés « **résidences autonomie** » et renforce leur rôle dans l'offre d'habitat intermédiaire entre le domicile et l'institution pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes.

Pour mieux valoriser leur mission de prévention de la perte d'autonomie, les résidences-autonomie pourront bénéficier d'un financement spécifique pour les actions individuelles ou collectives de prévention à destination de leurs résidents, et de personnes extérieures.

De plus, le rapport annexé à la loi prévoit de soutenir certaines résidences autonomie dans leurs travaux de rénovation et de réhabilitation au travers d'un plan d'aide à l'investissement.

Financement

Ces mesures seront financées en rythme de croisière par l'affectation à la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) d'une partie de la recette de la CASA (Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie), soit environ 700 millions d'euros par an. Ce financement permettra aux départements de couvrir les dépenses nouvelles liées à la mise en œuvre des mesures prévues par la loi. Voir titre III, chapitre III, section 2, articles 70 à 72.

POINT DE VUE DU

Le SNES continue de revendiquer un financement solidaire de la perte d'autonomie par la sécurité sociale dans le cadre des branches existantes. C'est dans ce cadre qu'il demande la suppression de la CASA acquittée par les seuls retraités imposables. Extrait III-11.2.3.

Congrès de Grenoble 2016

INFOS PLUS

La CASA, Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie

La CASA est un prélèvement social de 0,3 % sur les prestations retraites et les pensions d'invalidité, instauré par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. C'est l'équivalent du prélèvement de 0,3 % effectué sur les salaires au titre de la journée de solidarité, créée après la canicule de 2003. Pour en savoir plus sur la CASA, consulter le site de la CNSA : www.cnsa.fr

Instances de la loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV)

La loi ASV prévoit trois instances :

1. LE HAUT CONSEIL DE L'ENFANCE, DE LA FAMILLE ET DE L'ÂGE (HCFEA)

Il est placé sous l'autorité du Premier ministre et se substitue au CNRPA (Conseil national des retraités et personnes âgées). Il « a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale » en produisant des notes et rapports adoptés au consensus. Mis en place par le décret du 25 octobre 2016, le HCFEA a été installé le 13 décembre 2016. 230 personnes composent le Haut Conseil, qui est divisé en trois formations : famille, enfance et adolescence. Âge (?????). Le programme est constitué d'un thème transversal commun aux trois conseils et de thèmes de travail spécifique à chacun des conseils. Thème transversal en 2017, « disposer du temps et de droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie ».

Trois orientations :

- trouver un juste équilibre entre les seniors les plus jeunes tournés vers l'emploi et les plus âgés en situation de dépendance ;
- rendre compte des parcours, des ruptures au cours de cette période d'âge ;
- tenir compte des travaux sur la question.

Thèmes spécifiques :

- suivi des textes d'application de la loi ASV ;
- questions liées à la perte d'autonomie : prise en charge de la perte d'autonomie (état des lieux et recommandations). Constitution d'un groupe de travail sur le recours à l'assurance dans la prise en charge de la perte d'autonomie ;



- questions liées à la santé et à la prise en charge des dépenses ;
- questions liées au logement intermédiaire ;
- suivi des CDCA et du programme MONALISA (Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés).

Composition du Conseil de l'Âge : 88 membres : pas de suppléant. 19 membres représentant des organisations syndicales et des associations de personnes retraitées et personnes âgées et de leurs familles dont CGT, CFDT, FO, CFE-CGC, CFTC, FGR-FP, FSU, UNSA.

2. LE COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE LA CITOYENNETÉ ET DE L'AUTONOMIE (CDCA)

Il se substitue au Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA). Instance consultative, il est composé de deux formations spécialisées à parts égales : personnes âgées et personnes handicapées et placé auprès du président du conseil départemental ou du président de la métropole. Il peut se réunir en plénière ou en formation spécifique. Il est compétent en matière de prévention d'accompagnement et d'accès aux soins. Il est également compétent en matière d'accessibilité de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale ou professionnelle, d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme. Il est consulté pour avis :

- sur le Schéma régional de santé et sur le Schéma des personnes âgées – personnes handicapées du département ;
- sur la programmation des moyens alloués par l'ARS au département ;
- sur le programme de la Conférence des financeurs ;
- sur les couvertures en faveur de la politique départementale de l'autonomie ;
- sur la constitution d'une maison départementale de l'autonomie.

Il formule des recommandations visant au respect des droits et à la bientraitance des personnes. Il transmet tous les deux ans, au HCEFA, à la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) et au Conseil national consultatif des personnes handicapées un rapport sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département.

Composition : titulaires et suppléants sauf pour les personnes qualifiées. Chaque formation spécialisée comprend un nombre égal de membres et au maximum 48 membres. Elle élit un bureau en son sein.

La représentation syndicale est pas inscrite par la ligne C de l'article D 149-3 du décret : « *trois représentants des personnes retraitées parmi les autres organisations syndicales (que les organisations représentatives) siégeant au HCEFA, choisies par le président du conseil départemental ou de la métropole* ». La FSU peut être représentée dans la formation handicapée au titre des représentants des usagers ou des représentants des personnes physiques ou morales concernées par les politiques des handicapées (collège 1 ou 4). Le CDCA adopte un règlement intérieur qui détermine ses modalités de fonctionnement.

Rappel : c'est une instance créée par la loi : les moyens de fonctionnement sont prévus de ce fait et obligatoires.

3. LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS

Instance départementale, elle doit élaborer « un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention » qui doit faire l'objet d'un avis du CDCA et s'inscrire dans les orientations nationales de prévention de la perte d'autonomie, du projet régional de santé et du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie.

INFOS PLUS

Textes de référence :

- **Conférence des Financeurs :**
26 février 2016.
Décret n° 2016-209.
- **Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie :**
7 septembre 2016 :
décret n° 2016-1206.
- **Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age :**
25 octobre 2016.
Décret n° 2016-1441.



Composition : 10 membres mais de fait à géométrie variable. Elle ne comporte aucune représentation syndicale même s'il est prévu que puisse siéger « *toute autre personne physique ou morale concernée* ». Elle comprend notamment le représentant du département, de l'ARS, des membres des « collectivités territoriales volontaires ».

POINT DE VUE DE LA FSU

L'absence des organisations syndicales de retraités est scandaleuse plus que, les retraité-e-s assurent le financement de la loi par le biais de la CASA.

4. LA CNSA

La loi affirme la nécessité de son renforcement pour mieux piloter la politique globale en tant que « maison commune ». La loi élargit ses compétences : rôle d'appui méthodologique, et harmonisation des pratiques en matière d'APA, mission d'information.

POINT DE VUE DE LA FSU

La composition très lourde des instances ne facilitent pas un vrai débat démocratique, d'autant que la présence scandaleusement minorée de la représentation syndicale rend difficile la parole des représentants des 16 millions de retraité-e-s. Se confirme la volonté de gommer le statut de retraité ex-salarié. Une fois de plus, la question de la place des retraité-e-s dans la société est posée de même que l'existence d'une instance où ils puissent se faire entendre. La FSU dénonce le fait que la loi, ses instances ne prennent pas en compte, la personne retraitée, âgée dans sa globalité citoyenne mais privilégie l'angle déficience, dégradation des personnes. Textes *L'US Retraités* et *Pour Retraités*

« Gouvernance » de la santé

1. ARS, CNSA, CRSA ET CTS

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) (loi du 29 juillet 2009 : 2009-879) a institué les Agences régionales de santé (ARS), chargées de la gouvernance de la santé et de l'autonomie, et une « *démocratie sanitaire* » devenue « *démocratie en santé* » qui s'exerce à travers la Conférence nationale de la santé et de l'autonomie (CNSA), la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et les comités territoriaux de Santé. Ces derniers sont issus de la loi de Modernisation de la Santé (loi du 26 janvier 2016 : 2016-41). Les territoires de santé sont une subdivision de chaque Région qui peut concerner plus d'un département.

Les ARS sont des agences d'État regroupant d'anciens services comme l'ex-DDAS, direction départementale de l'action sociale. La CRSA et les CTS sont constitués de représentants répartis dans plusieurs collèges comprenant notamment des représentants d'organisations syndicales, les « cinq représentatives » et uniquement à la CRSA et des représentants d'usagers. CRSA et CTS sont saisis pour avis par le directeur général, véritable « préfet de la santé » nommé



INFOS PLUS

- **Les ARS, CRSA disposent de sites généralement bien fournis sur le plan des informations et des dossiers. Voir le site de votre Région, par exemple pour les Hauts-de-France : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr> et particulièrement l'onglet démocratie en santé.**
- **Voir aussi le site de la CNSA : <http://www.cnsa.fr>**

en Conseil des ministres. Les réunions de la CRSA – qui peut s'autosaisir – sont publiques. Chacune de ces instances dispose d'un président élu, d'un bureau et fonctionne en plénière et s'organise en commissions.

Chaque Région, chaque territoire doit se doter d'un projet de santé. Le projet régional, en cours d'élaboration depuis septembre 2017, couvre une période de dix ans, il est accompagné d'un cadre d'orientation stratégique (COS) pour une durée de cinq ans. Il s'agit de définir les grandes priorités adaptées aux territoires et de décliner schéma et actions à entreprendre qui feront l'objet d'une contractualisation. Cette dernière se traduit par des Contrats prévisionnels d'objectifs et de moyens pluriannuels (CPOMP) à partir d'IPA (Indicateurs de pilotage et d'activité) rigoureusement encadrés par le PLFSS (Projet de loi de financement de la Sécurité sociale). Les ARS régulent l'offre de soins, la prévention, l'activité du secteur médico-social, assurent la veille sanitaire, etc.

2. LES PRINCIPALES NOUVEAUTÉS INTRODUITES PAR LA LOI DE MODERNISATION DE LA SANTÉ DE 2016

Si cette dernière loi n'a pas bouleversé l'architecture globale du système de santé, en maintenant le principe de la tarification à l'acte pour les hôpitaux, elle n'en a pas moins ouvert plusieurs chantiers : principe de la généralisation du tiers payant ; du renforcement de la « démocratie en santé » ; de la prévention ; du maintien à domicile ; la télémédecine ; la collecte des données, etc.

En remplaçant les conférences de territoire, les CTS qui comptent moins de membres (????) ont vu leur rôle renforcé. Ils concourent avec la CRSA à l'élaboration du PRS, ont des prérogatives accrues et veillent entre autres, au respect des droits des usagers. De plus, ils tiennent compte des travaux des CDCA, instance départementale, dont certains membres sont issus.

Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), issus de la loi, sont apparus au 1^{er} juillet 2016 et achèvent leur « projet médical partagé ». Les territoires ainsi définis ne coïncident pas nécessairement avec ceux de l'ARS et sont mouvants puisque les GHT sont évolutifs. Ils ont pour affichage de mettre en place une « excellence » des actes par le biais de pôles spécialisés et complémentaires. Ils ont aussi pour but de réaliser des économies d'échelle par des regroupements et la mobilité des personnels de santé. S'efface ainsi une médecine hospitalière de proximité, les patients doivent s'attendre à une plus grande mobilité.

POINT DE VUE DU

Le SNES-FSU réaffirme avec force l'urgence à conquérir un système de santé universel, solidaire et de haut niveau pour tous et toutes. Il revendique une politique de santé publique qui couvre les besoins de tous en tendant vers un taux de remboursement à 100 % des soins médicaux et qui rétablisse et développe la prévention. La mise en place à marche forcée des GHT laisse craindre de nouvelles dégradations dans un contexte de restrictions budgétaires. Le « virage ambulatoire » étroitement lié à la nécessité de réaliser des économies suscite de fortes inquiétudes sur la qualité de la prise en charge des patients. **Extrait fiche 11 « Pour une protection sociale plus solidaire ».**

Congrès du SNES-FSU, Grenoble 2016

Le cumul emploi-retraite

1. POUR LES RETRAITÉS DE LA FONCTION PUBLIQUE

Quelles sont les conditions à remplir pour bénéficier du cumul emploi-retraite depuis la réforme de janvier 2015 ?

Le fonctionnaire qui demande la liquidation de sa pension, « doit, avant l'entrée en jouissance, avoir cessé toute activité professionnelle, salariée ou non salariée ».

Après avoir attesté sur l'honneur qu'il a cessé toute activité rémunérée, dès la perception de sa pension il peut reprendre une activité professionnelle, selon les articles 84 et suivants du code des pensions. Ces activités ne créent plus aucun nouveau droit à la retraite. Il reste affilié à un régime de retraite de base, il acquitte des cotisations mais il ne pourra plus se constituer, comme auparavant une pension supplémentaire.

A titre dérogatoire les activités en tant qu'artiste et auteur ne sont pas soumises à l'obligation de cessation d'activité. Le nouveau texte du code des pensions civiles et militaires maintient des dérogations pour le cumul-emploi retraite sans restriction pour les titulaires d'une pension militaire, d'invalidité ou de réversion.

Le cumul d'une pension de fonctionnaire et d'une activité dans le secteur privé comme dans le secteur public est possible mais il peut être limité et le paiement de la pension suspendu. Dans tous les cas, l'activité exercée doit faire l'objet d'une déclaration auprès du service des retraites de l'État.

Cumul sans limitation dans les cas suivants :

- si l'on est titulaire d'une pension d'invalidité ;
- à partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite et sous réserve de totaliser la durée d'assurance du taux plein (par exemple 62 ans et 166 trimestres pour ceux nés en 1955) ;
- à partir de l'âge du taux plein (67 ans pour ceux nés à partir de 1955).

Cumul avec plafonnement dans les autres cas

La pension est perçue intégralement si les revenus bruts d'activité sont inférieurs par année civile à un plafond égal en 2017 à la somme de 6 948,34 € augmentée du tiers du montant brut de la pension. Si les revenus sont supérieurs à ce plafond, l'excédent est déduit de la pension. Si l'excédent est supérieur au montant de la pension, le paiement de cette dernière est suspendu.

2. POUR LES RETRAITÉS DU SECTEUR PRIVÉ

Les conditions de cumul intégral sont les mêmes que pour la fonction publique et les pensions sont écartées à partir du 1^{er} avril 2017 pour ceux qui ne remplissent pas ces conditions, selon les modalités suivantes :

Le décret relatif au plafonnement du cumul d'une activité rémunérée et d'une retraite est paru au *Journal Officiel*. Dans le dispositif actuel, le service de la retraite est suspendu en cas de dépassement du plafond de ressources autorisé (dernier salaire d'activité ou 1,6 SMIC). À compter du 1^{er} avril 2017, dans cette situation, le montant de la pension (ou des pensions) versé sera seulement écarté.

INFOS PLUS

À consulter :

- **Service des retraites de l'Etat : 0 810 10 33 35**
- **www.pensions.bercy.gouv.fr emploi-retraite, édition 1^{er} janvier 2016**
- **Un simulateur de calcul est disponible sur le site www.pensions.gouv.fr**

INFOS PLUS

Texte de référence :

- **Décret n° 2017-416 du 27 mars 2017 relatif au plafonnement du cumul d'une activité rémunérée et d'une pension de retraite**

La MGEN

La MGEN a toujours la gestion de la Sécurité sociale de l'État et propose une complémentaire santé solidaire : « **Chacun cotise suivant ses moyens et reçoit suivant ses besoins** ». Au fil des années, la MGEN « s'adapte » aux différentes réformes du Code de la mutualité, exigées par les directives européennes et s'éloigne de ses principes de solidarité intergénérationnelle.

LA MGEN FACE AU DISPOSITIF DE RÉFÉRENCIEMENT

La loi de 1983 prévoit une contribution financière des employeurs publics au financement de la protection sociale complémentaire. Le décret de septembre 2007 met en place un dispositif de référencement avec un cahier des charges qui ouvre la porte à la concurrence. La première vague de référencement (2008) a été favorable à la MGEN et aux mutuelles historiques mais leur champ de mutualisation doit s'ouvrir au privé, et les conditions d'adhésion sont déréglementées. Dérèglement qui va s'accroître avec la deuxième vague de référencement. En décembre 2016, le cahier des charges lancé par le ministère pour son renouvellement ne contient plus une offre globale et solidaire protectrice pour l'ensemble des agents actifs et retraités. La pression des assurances privées a obtenu le découplage entre la couverture santé obligatoire et la prévoyance rendue facultative. Le 6 juillet 2017, le **ministère annonçait son choix de trois opérateurs : la MGEN et deux assurances privées : AXA-Intérial et CNP-assurance. La MGEN a perdu son monopole malgré sa fusion en un groupe ISTYA et son rapprochement avec Harmonie.**

MISE EN PLACE PROGRESSIVE D'UNE POLITIQUE OPTIONNELLE À LA MGEN

En 2008, variation des taux des cotisations des actifs et des retraités ; en 2012, modification du taux de cotisation pour les jeunes actifs... En 2016, refonte complète de l'offre mutualiste : quatre offres de prestation et cotisations en fonction de l'offre choisie, de sa catégorie (actif ou retraités) et de sa tranche d'âge... L'AG MGEN de Montpellier de juillet 2017 annonce une augmentation variable des cotisations suivant l'âge et le panier de soins choisi. Ces augmentations, votées par 66 % des présents aux assemblées générales, seraient calculées en fonction des déficits des paniers de soins et concerneraient les retraités (voir *Valeurs mutualistes* de septembre 2017).

LES PRESTATIONS DE LA COMPLÉMENTAIRE MGEN

Leurs montants risquent de varier en 2018. La prestation invalidité ou décès PID a évolué vers un capital forfaitaire unique quel que soit l'âge du retraité. Son montant doit être vérifié auprès de votre section départementale MGEN. La prestation « frais funéraires » est supprimée par décision prise en AG en juillet 2017.

POINT DE VUE DU

La MGEN a décidé d'appliquer à partir du 1^{er} janvier 2016 une nouvelle politique d'offre avec quatre gammes de prestations différentes et une barémisation des cotisations par tranche d'âge. Ces choix l'éloignent des valeurs mutualistes de solidarité... La MGEN les a faits sans en informer ses adhérents, sans créer les conditions d'un large débat et sans permettre que soient explorées d'autres solutions aux difficultés auxquelles elle est confrontée. **Thème II-11.2.2. « Un système d'assurance complémentaire profondément inégalitaire ».**

Congrès de Grenoble 2016

L'Université Syndicaliste, pages spéciales du n° 773 du 12 octobre 2017, le journal du Syndicat national des enseignants de second degré (FSU) : 46, avenue d'Ivry, 75647 Paris Cedex 13. Tél. : 01 40 63 29 00 • Numéro coordonné par Marylène Cahouet, Jean-Pierre Billot, Jean-Louis Viquier • Directeur de la publication : Xavier Marand (xavier.marand@snes.edu) • Régie publicitaire : Com d'habitude publicité, 7, rue Émile-Lacoste, 19100 Brive. Clotilde Poitevin, tél. : 05 55 24 14 03, fax : 05 55 18 03 73 (www.comdhabitude.fr) • Compo gravure : C.A.G., Paris • Imprimerie : SIPÉ, Grigny • N° CP : 0118 S 06386 • ISSN n° 0751-5839 • Dépôt légal à parution.

