



CODERPA 77

CAHIER N°24

PRINTEMPS 2005 INFORMATIONS SEMESTRIELLES

**Comité Départemental des Retraités
et des
Personnes Agées**

SOMMAIRE

Vie du CODERPA,

compte-rendu des commissions
programme de la journée d'information du CODERPA 77

- Editorial de Madame Madeleine NARME , vice-présidente

- Informations générales

- . La charte Marianne
- Compte-rendu de la réunion du 30 mars 2005 sur le lancement de l'élaboration du schéma gérontologique en Seine-et-Marne
- Nutrition et vieillissement
- Schéma régional d'organisation sanitaire 77-2
- La réforme de la Sécurité Sociale
- La parole est à vous
- La musique comme terrain de rencontre
- Monuments et sites de Seine-et-Marne
- Les chiffres du mois

COMPTE-RENDU DE L'ACTIVITE DE LA COMMISSION «INFORMATION ET COMMUNICATION»

PRESIDENT Monsieur Jean-Louis BIZOUARD La commission s'est réunie chaque mois depuis janvier et a réalisé son travail habituel de diffusion d'informations en direction des personnes âgées et, surtout, de ceux qui sont chargés de s'en occuper : mairies (Centres Communaux d'Action Sociale), maisons de retraite, SSAD (Service et Soins à Domicile), Conseil Général etc.

Le semestre a été chargé car il a fallu débiter par la diffusion des textes de la journée d'information du CODERPA en novembre. Ensuite, le cahier de printemps a retenu toute notre attention et, vous qui lisez ces lignes, pourrez en apprécier la qualité.

La brochure du CODERPA a été mise à jour selon la loi N°2004/809 du 13 août 2004 parue au Journal Officiel du 17 août 2004.

Nous n'avons pas beaucoup de critiques sur notre travail. Nous pouvons donc penser que tous nos correspondants en sont satisfaits. Si ce n'est pas le cas, vous pouvez nous écrire au CODERPA DGA-SOLIDARITÉS - 19, rue St Louis 77012 Melun Cedex ou par COURRIEL coderpa77@cg77.fr pour nous faire part de vos réflexions. Nous en tirerons certainement un grand profit pour améliorer nos prestations. Nous vous en remercions par avance et vous donnons rendez-vous à l'automne pour le prochain cahier.

COMPTE-RENDU DE L'ACTIVITE DE LA COMMISSION «ENVIRONNEMENT ET DEPENDANCE»

PRESIDENT Henri RENARD

La commission s'est réunie 7 fois en 2004 avec un nombre moyen de participants supérieur à 13. Les travaux ont porté sur :

1 — Les CLIC et leur fonctionnement

Les quatre CLIC existants sont représentés au sein de la commission. La mise en commun de leur expérience est riche d'enseignements. La signature, le 4 mai 2004, d'une convention de partenariat leur permet des coopérations renforcées. Mais l'ensemble du département n'est pas couvert et les moyens dont les 4 CLIC actuels disposent ne correspondent pas aux besoins exprimés. Ce sont là des questions qui interpellent le Conseil Général aujourd'hui responsable de l'Action Sociale.

2- L'Aide à Domicile et les Services de Soins Infirmiers à Domicile

Ont été abordés à plusieurs reprises par la commission en partant de l'expérience des intervenants qui participent aux travaux de la commission. La réflexion se poursuit afin de déboucher sur des propositions visant à améliorer l'existant pour mieux répondre aux besoins croissants.

3- La refonte d'une brochure intitulée «Comment choisir sa Maison de Retraite» a été réalisée. Soumise au Bureau du CODERPA et adoptée par celui-ci, elle doit être éditée en 2005 pour une large diffusion par le canal des CLIC, des CCAS, des UAS et des organisations et associations de retraités.

COMPTE-RENDU DE L'ACTIVITE DE LA COMMISSION «BIEN PREPARER ET VIVRE SA RETRAITE»

PRESIDENT : Jacques HERPE

L'activité essentielle de la commission depuis 6 mois a été la préparation et l'organisation de la journée annuelle d'information à l'intention des futurs retraités dont le CODERPA est pilote avec l'aide de l'AG2R, de la CNAV, de l'ARRCO, de la MSA et de PACT ARIM,

Cette année, elle a eu lieu le mercredi 13 avril 2005 à Vert St Denis ; le maire de Vert St Denis, étant le Vice président du Conseil Général, chargé des affaires sociales et de la Solidarité, les conditions ne pouvaient être que favorables.

La participation a été en effet très forte : "environ 200 personnes " et les personnes présentes ont montré un grand intérêt pour cette manifestation, toute la journée.

Rappel du programme :

- 09h30-10h00 accueil des participants — café, gâteau, biscuits (offert par la mairie de Cesson)
- 10h00-10h30 accueil des Maires. Présentation du CODERPA par M. HERPE, Président de la commission
- 10h30-12h30 animation de l'AG2R sur le thème «Bien préparer et vivre sa retraite»
- 12h30-14h30 déjeuner offert par le maire de Vert St Denis au restaurant scolaire
- 14h30-15h30 présentation de la réforme de la Sécurité Sociale par la CPAM de Melun
- 15h30-18h00 ateliers d'information et de documentation /
 - CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse)
 - ARRCO (Association des Régimes de Retraites Complémentaires)
 - MSA (Mutualité Sociale Agricole)
 - PACT ARIM (Amélioration de l'Habitat pour les Personnes Agées et Handicapées)

Cette journée a été un succès remarquable à la satisfaction de tous.

Une telle journée aura lieu en 2006, dans une autre commune de Seine-et-Marne.

Editorial de la vice-présidente

Madame Madeleine NARME

En application des termes de la loi du 13 août 2004 parue au Journal Officiel du 17 août qui précise que le titre IV du livre 1^{er} du Code de l'Action Sociale et des familles est complété par un chapitre IX ainsi rédigé :

« Art. L 149-1- Le comité départemental des retraités et personnes âgées est une instance consultative placée auprès du Président du Conseil Général.

La composition et les modalités de fonctionnement des comités départementaux des retraités et personnes âgées qui réunissent notamment des représentants des associations et organisations représentatives, sur le plan local, des retraités et personnes âgées, sont fixées par délibération du conseil général. Les membres du comité sont nommés par arrêté du Président du Conseil Général.

Ces mesures prenaient effet à compter du 1^{er} janvier 2005, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ayant accepté de poursuivre l'hébergement du secrétariat du CODERPA jusqu'au 31 janvier 2005.

Le Conseil Général a mis à la disposition du comité l'ensemble du matériel permettant la poursuite du fonctionnement dans les meilleures conditions. Le secrétariat est joignable au téléphone **01 64 14 77 13** et au fax **01 64 14 79 66** et est opérationnel depuis début février ;

Adresse postale : **DGA-Solidarité 19,rue Saint Louis 77012 Melun Cedex.**
courriel : **coderpa77@cg77.fr** et le site **www.coderpa77.org**

Lors de la réunion plénière qui s'est tenue le 12 janvier 2005 sous la présidence du représentant du Président du Conseil Général, en présence des représentants de la DGA Solidarité et d'une représentante de la DDASS de Seine-et-Marne, les membres du CODERPA 77 ont été reconduits dans leur fonction par arrêté du conseil général.

La vice-présidente

Madeleine NARME

LA CHARTE MARIANNE

POUR UN MEILLEUR ACCUEIL DANS LES SERVICES PUBLICS

Henri Plagnol, secrétaire d'État à la Réforme de l'État, a présenté le 3 mars, en Conseil des ministres, une communication sur l'accueil des usagers dans les services publics de l'État : la charte Marianne. Instaurée par deux circulaires du Premier ministre (J.O. du 3 mars 2004), cette charte a pour objectif d'améliorer l'accueil du public et de développer les engagements de qualité de service dans les administrations.

A la suite d'une expérimentation lancée, en novembre 2003, dans six départements (l'Ain, la Charente, l'Eure-et-Loir, les Hautes-Pyrénées, le Loiret et la Moselle), la charte Marianne sera généralisée à l'ensemble du territoire national d'ici au 31 décembre 2004. Elle sera affichée dans tous les services administratifs de l'État, centraux et déconcentrés, qui accueillent le public. Elle est composée de cinq engagements en faveur des usagers :

- **Un accès plus facile aux services**

La charte devra informer les usagers sur les horaires d'ouverture des services. La disponibilité des agents sera précisée ainsi que la manière de prendre rendez-vous. En outre, l'accès aux locaux sera simplifié grâce à une meilleure signalétique, et des dispositions seront prises en faveur des personnes à mobilité réduite ;

- **Un accès attentif et courtois**

Le texte de la charte devra indiquer le nom du bon interlocuteur en fonction des dossiers. Seuls les documents indispensables au traitement des dossiers seront demandés et la confidentialité devra être respectée pour les situations personnelles difficiles. Les horaires auxquels les agents sont disponibles par téléphone seront précisés. Par ailleurs, des conditions décentes d'attente des usagers devront être assurées ;

- **Une réponse compréhensible aux demandes.**

Les agents devront être attentifs à la clarté et à la lisibilité des documents mis à la disposition des usagers et des explications qu'ils leur apporteront. Un délai maximal de deux mois pour les réponses aux courriers postaux sera respecté et un délai maximal sera fixé pour les réponses aux courriers électroniques ;

- **Une meilleure écoute des usagers.**

La Charte Marianne a vocation à évoluer dans le temps pour mieux prendre en compte les nouvelles attentes des usagers et définir de nouveaux objectifs dans la qualité des services. Un dispositif sera instauré pour interroger régulièrement le public sur ses attentes et son opinion concernant la qualité du service. Les résultats seront communiqués aux usagers et des actions d'amélioration seront mises en œuvre.

Des engagements spécifiques

Les différentes administrations ont la charge d'adapter cette charte juridique aux spécificités de leurs services. Avant le 31 mai, les ministères transmettront à l'ensemble de leurs services les instructions nécessaires pour la mise en œuvre de la charte. Les services déconcentrés de l'État devront ensuite adapter localement ces engagements en fonction de leur corps de métier et des contraintes qui leur sont propres, en concertation avec les organisations syndicales et les représentants des usagers. Les préfets de département organiseront la coordination et la diffusion des bonnes pratiques entre les différents services de leur département, notamment en matière de formation, de communication et de concertations locales.

Par ailleurs, un « baromètre » de la qualité du service dans l'administration sera mis au point avant la fin de l'année. Il permettra de vérifier la satisfaction des usagers dans chaque département. Il se fondera sur des éléments objectifs (délais d'instruction des démarches, délais des remboursements...) et sera réalisé en concertation avec les associations d'usagers. Les résultats seront publiés tous les ans.

SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE DES PERSONNES AGEES

Le mercredi 30 mars 05 a été lancée l'élaboration du schéma gérontologique, par Monsieur Bernheim, premier vice-président du Conseil Général.

A cette occasion tout ce que la Seine et Marne compte d'Associations s'occupant des personnes Agées avaient été réunies dans les locaux de la Mutuelle de Seine et Marne. Bien entendu, le CODERPA était très bien représenté.

La loi de décentralisation de 2004 a rendu le Conseil Général directement responsable du fonctionnement du CODERPA et des CLIC et de la répartition de toutes les aides aux personnes Agées. Actuellement, il y a dans le département :

- 3.500 bénéficiaires de l'APA en établissement,
- 3.000. bénéficiaires de l'APA à domicile, ce qui représente un budget très important

Le dernier schéma gérontologique était devenu obsolète depuis 1999. Il était donc urgent de s'attaquer à son renouvellement. C'est ce qu'a fait le Conseil Général élu en 2004.

Concrètement, à partir du mois d'avril, 5 groupes de travail seront mis en place et se réuniront chacun 5 fois. Ils seront composés d'une trentaine de personnes et auront à travailler sur les points suivants :

GROUPE 1 : LE SOUTIEN A DOMICILE

Les réponses actuelles ; les besoins non satisfaits ; la maltraitance ; la professionnalisation des intervenants ; l'isolement des bénéficiaires ; l'hétérogénéité des réponses ; les réponses en cas d'aggravation de la dépendance ; l'évolution des offres de service (portage des repas, télé assistance) ; discordance entre souhaits des familles et besoins des personnes Agées ; prise en charge des prestations, rôle de l'APA.

GROUPE 2 : LES STRUCTURES D'ACCUEIL

La situation actuelle ; les besoins exprimés ; les évolutions dans les comportements (démographie, maltraitance) ; les besoins spécifiques (déments, Adultes Handicapés vieillissants...) ; recrutement et formation des personnels ; le devenir des logements foyers ; la politique en matière de petites structures ; l'innovation ; les structures inter-générationnelles ; la coordination entre structures (médico-sociales et sanitaires).

GROUPE 3 : COORDINATIONS, RESEAUX GERONTOLOGIQUES ET CLIC

Les niveaux de coordinations ; les réseaux gérontologiques ; les CLIC, les divers labels ; rôle des acteurs sociaux, les salariés, les partenaires institutionnels, les intervenants libéraux ; comment rendre efficace une coordination ? Comment rendre pérennes ces structures ? Rôle des structures en situation de crise (canicule, grands froids, épidémie) ; la carte actuelle des CLIC et son évolution.

•GROUPE 4 : HABITAT ET CADRE DE VIE

Définition des objectifs du groupe de travail (apporter à domicile ou en établissement les moyens d'assurer à toutes les personnes âgées une qualité de vie malgré leurs handicaps plus ou moins importants dus à l'âge) ; l'adaptation du logement ; les moyens de financer les adaptations du logement. Les acteurs ; le maintien de la socialisation ; les transports ; l'accessibilité ; les services spécifiques aux mal voyants, aux mal entendants ; la complémentarité entre le domicile et l'institution ; les réponses déculpabilisant les aidants ; un suivi préventif en terme de santé.

GROUPE 5 : LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE

Identification des divers acteurs ; l'approche gérontologique plus vaste que la gériatrie ; la prise en charge psychiatrique ; les SSLAD ; articulation du secteur sanitaire avec le maintien à domicile ; le rôle du médecin coordinateur, du médecin prescripteur et des spécialistes ; la permanence des soins au service de la personne âgée ; la disparité des réponses en fonction du lieu de résidence ; les soins infirmiers libéraux, difficulté pour l'exercice de certaines tâches (toilettes) ; coordination des divers acteurs de santé, utilisation d'un dossier médical unique.

Ces thèmes proposés ne sont pas limitatifs, mais les groupes de travail devront avoir rendu leurs copies fin juin 2005.

Un comité de pilotage, sous la présidence du vice-président du Conseil Général, sera chargé de la coordination des travaux effectués par les 5 groupes de travail.

Nutrition et vieillissement

La nutrition est la science ayant pour objet la nature et les effets des aliments. La diététique est l'ensemble des prescriptions alimentaires, fondées sur l'étude de la valeur nutritive des aliments.

Le vieillissement est un phénomène multifactoriel qui dépend à la fois d'un potentiel "énergétique", sans doute génétiquement déterminé, et de facteurs de l'environnement. Vivre jusqu'à un âge avancé, mais surtout bien vieillir, est en effet largement fonction des habitudes de vie, de la nutrition, de l'activité physique, de l'implication du sujet dans la société, de sa motivation et aussi... du facteur chance.

On n'insistera jamais assez sur l'importance de L'EQUILIBRE NUTRITIONNEL. La mise en évidence de l'impact de l'alimentation sur un grand nombre de pathologies "modernes" a conduit à la diffusion de messages nutritionnels par les pouvoirs publics.

Depuis quelques années, il y a une véritable "médicalisation" de l'alimentation ; n'y est pas totalement étrangère la pression du modèle d'esthétique corporelle de minceur. En cause, également le résultat d'interactions complexes entre des acteurs sociaux qui pensent y trouver des intérêts : certains industriels de l'Agro-alimentaire tentent d'utiliser l'argument santé à des fins promotionnelles.

Quoiqu'il en soit, nous "baignons" dans une multitude d'informations, véritable vulgarisation de connaissances scientifiques et de leur application à l'alimentation.

Il n'est pas donné à tout le monde de s'y reconnaître. Les médecins généralistes apparaissent comme les interlocuteurs les plus à même pour donner les conseils éclairés, car en première ligne pour saisir l'individu dans sa globalité. Leur formation fut longtemps insuffisante. Mais la nutrition est devenue une matière d'enseignement obligatoire et aujourd'hui, un sujet central des activités de "formation continue" du milieu médical.

Les risques que l'alimentation quotidienne inconsidérée fait courir pour la santé et les bénéfices qu'une alimentation équilibrée permet d'espérer, justifient l'écoute du "nutritionniste", voire la mise en route d'un régime approprié. Chez les seniors, les facultés de récupération sont moindres et tout déséquilibre alimentaire a des conséquences néfastes plus intenses et plus rapides que chez le sujet jeune.

Un exemple : avec l'âge, la modification de la taille des muscles et leur composition expliquent en partie la diminution de force musculaire. Celle-ci est maximale entre 20 et 30 ans, puis diminue de 10 à 12% tous les 10 ans jusqu'à 80 ans. Si l'on n'y prend pas garde, un cercle vicieux s'installe à partir d'un niveau de faiblesse musculaire, qui engendre précocement la réduction drastique des activités. L'alimentation équilibrée, surtout associée à l'activité physique est un des facteurs du retardement des effets négatifs du vieillissement musculaire.

La qualité de vie à tous les âges, donc aussi à un âge dit "avancé", passe par ce que l'on met dans l'assiette et le verre. En ce début de XXIème siècle, on sait beaucoup de choses sur la Nutrition et l'Alimentation ; encore faut-il mettre les conseils en pratique.

SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE 77-2

Dans le cadre de l'élaboration du SROS de l'Île de France, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a demandé l'établissement d'un projet médical de territoire 77-2 Seine et Marne sud.

Ce territoire géographique correspond à la partie de Seine et Marne située au sud de la nationale 4. Il est très important puisqu'il représente 30% de l'Île de France, 60% du département en superficie, mais 553.000 habitants, soit 47,9% de ses habitants.

L'augmentation de la population a été de 8% entre 1990 et 1999, alors que la moyenne francilienne n'est que de 2,7% durant la même période. Pour préciser l'évolution à venir jusqu'en 2007, plusieurs groupes de travail ont été constitués. Composés exclusivement d'experts, médecins, directeurs d'hôpitaux ou de cliniques privées, ils sont animés par des médecins et des fonctionnaires dépendant de l'Agence Régionale, de la DDASS ou de la CRAMIF. Aucun représentant des usagers ne siège dans ces groupes de travail. Leurs travaux sont soumis à l'appréciation d'un groupe de coordination locale du territoire de santé, composé d'une vingtaine de personnes dont deux représentants des usagers désignés par la DDASS. Soyons réalistes, leur poids dans la décision finale est très faible.

Le groupe de coordination n'est qu'une instance consultative sans pouvoir décisionnaire. Seule l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île de France devra décider de la solution à adopter.

Mais l'organisation retenue, vraisemblablement pas avant 2006 ou 2007, conditionnera le niveau médical offert aux franciliens durant une dizaine d'années.

Les personnes âgées sont intéressées à plus d'un titre dans ces décisions : Urgences et permanence de soins, les soins de suite etc.

Il faut qu'une coordination s'établisse concernant le schéma d'organisation sanitaire et le schéma gérontologique dont le Conseil Général va bientôt réactiver les travaux.

On entend dire que la santé n'a pas de prix, oui, peut-être, mais la médecine a un coût. Il est naturel que les responsables essaient de le réduire, mais il faut rester dans des limites raisonnables et assurer, en premier lieu, une couverture médicale efficace pour tous les habitants du département, quelles que soient leurs situations géographiques.

La Parole est à vous

Etats généraux de la gérontologie
Ce que les personnes âgées ont dit

...

"J'ai beaucoup de peine parce qu'une employée va partir et je m'entends bien avec elle. C'est grâce à elle que je me suis adaptée sans trop de peine"

"C'est dur d'avoir besoin de quelqu'un pour la toilette ou pour faire autre chose"

"Je suis ici plus en sécurité que chez moi, quand je faisais des malaises, il fallait attendre longtemps. Ici c'est bien, on va à l'infirmier pour avoir notre piqûre, notre traitement. Pas de risques"

"Si je suis seule j'ai peur de rester ici, je veux être auprès de mon fils de mes petits enfants. S'il n'y a personne, je ne peux pas rester ici. J'irai dans une maison de vieux par obligation mais elle ne doit pas être chère"

"Mon mari est mort en deux mois... ça a changé toute l'optique que j'avais de la vie... tout ce que je souhaitais faire ou pas. Ça m'a changée... le fait de venir vivre ici... j'ai tourné une page, je ne sais pas encore vraiment ce que je veux..."

"Une amie habite à côté. On avait de la famille en commun, on se connaît depuis longtemps. Je vais voir sa mère de 97 ans. On peut compter l'une sur l'autre."

"C'est difficile de laisser sa maison et ses amis dans le Nord. J'étais très entourée par mes voisins et mes amis, j'étais livrée à domicile. Mon fils n'a pas admis que je sois livrée à des étrangers donc il m'a fait venir près de lui"

"C'était dur de quitter la maison où on a toujours vécu"

LA REFORME DE LA SECURITE SOCIALE

La loi de réforme de la Sécurité Sociale, entrée en application le 1er janvier 2005, comporte 76 articles, qu'il est impossible de résumer dans le cadre de ce journal.

D'autre part, nous n'avons pas la prétention d'être exhaustifs dans un domaine où il a déjà été beaucoup écrit.

Nous cherchons plutôt à établir un résumé des points principaux auxquels nous pouvons être souvent confrontés.

Les nouveaux taux de cotisation.

A compter du 1^{er} janvier, et vous pourrez le vérifier sur le montant de vos pensions perçues à la fin du mois ou au début de février, selon les régimes :

- L'assiette de la Cotisation Sociale Généralisée (CSG) pour les salariés passe à 97% des revenus au lieu de 95%.
- Le prélèvement pour la CSG est augmenté de 0,4% pour les retraités imposables.
- La Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) est prolongée, vraisemblablement sine die.

Contribution forfaitaire de 1 euro.

Le gouvernement a proposé cette contribution pour «responsabiliser» les assurés sociaux dans leurs comportements !

Ce n'est pas une augmentation des honoraires médicaux. Vous continuerez à payer le même prix au docteur, mais vous ne serez remboursés que sur la base des tarifs en secteur 1 moins 1 euro. Il est spécifié que cette contribution ne peut-être prise en charge par les mutuelles.

Elle s'appliquera aussi aux consultations externes des établissements du service public hospitalier, mais elle exclura les urgences et les séjours hospitaliers.

Le médecin traitant.

Dans le dispositif prévu, chaque patient choisira un médecin traitant. Les formulaires nécessaires à ce choix devraient arriver rapidement chez vous. Il faudra les remplir et les retourner, après accord du médecin, à sa caisse d'assurance maladie. Ce choix pourra être modifié à tout moment en informant personnellement et par écrit

son médecin et sa caisse primaire d'assurance maladie.

Les pédiatres et les gynécologues pourront être consultés sans que le patient ait été préalablement orienté par son médecin traitant.

Pour toute autre consultation, y compris dans les établissements hospitaliers, il faut être orienté par le médecin traitant.

En cas de maladie lors d'un déplacement hors de sa résidence habituelle, les visites médicales auprès d'un généraliste seront, bien entendu, remboursées au tarif habituel.

La carte Vitale.

A partir de 2007, elle devra comporter une photo. D'ici là, les établissements de santé pourront demander aux assurés de prouver leur identité.

Les secteurs de rémunérations

Les médecins généralistes sont répartis sur trois secteurs de rémunérations.

Le secteur 1 applique strictement les honoraires fixés en accord avec les Caisses de Sécurité Sociale. Le remboursement aux assurés se fait sur le montant perçu par le praticien moins 1 euro.

Le secteur 2 est à dépassement autorisé, c'est à dire que le praticien peut demander des honoraires supérieurs à ceux fixés contractuellement. Le remboursement, dans ce cas là, ne dépassera pas celui fixé pour le secteur 1.

Enfin le secteur 3 est à honoraires libres et, en principe, les médecins ne sont pas conventionnés et aucun remboursement n'est perçu ;

Les Caisses Primaires refusent de communiquer les listes de répartition des médecins, mais, en téléphonant, elles sont tenues de vous renseigner sur le secteur auquel appartient tel ou tel médecin, désigné par vous. En choisissant un praticien du secteur 1, vous serez mieux remboursés.

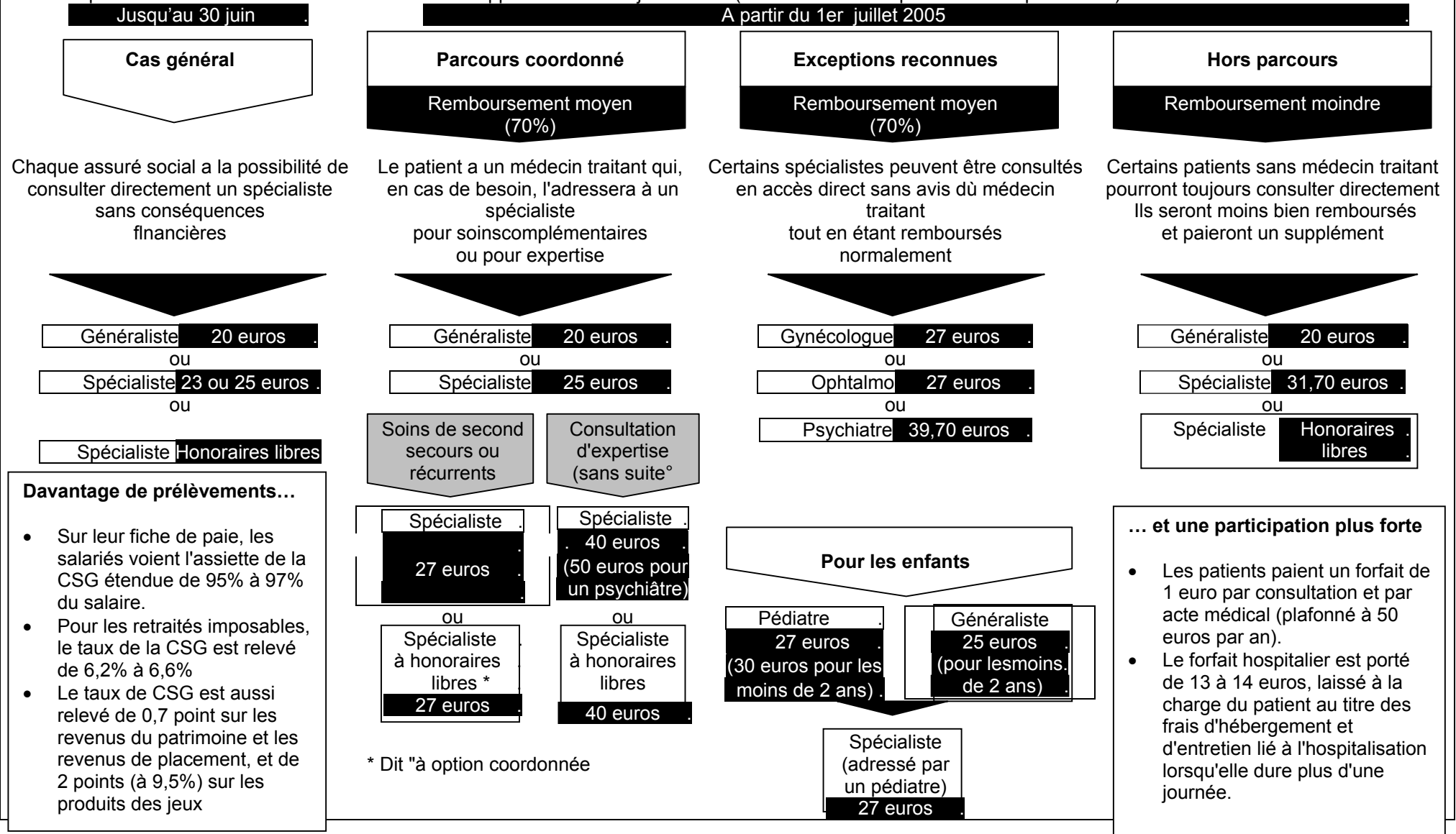
Voilà les principaux points sur lesquels on peut donner des précisions actuellement. Mais tous les textes ne sont pas encore connus et nous n'avons pas fini d'en parler.

Jean-Louis BIZOUARD

Dans le labyrinthe des nouveaux tarifs

Un système de remboursement complexe

Nouveau parcours des soins et tarifs des consultations applicables au 1^{er} juillet 2005 (ou dès le 1^{er} mars pour certains spécialistes)



LA MUSIQUE COMME TERRAIN DE RENCONTRE

Article provenant du Journal de l'hôpital de Fontainebleau et reproduit avec son autorisation

Le samedi 26 juin 2004, un groupe d'une quinzaine de résidents a tenu le devant de la scène avec les enfants de deux classes de l'école élémentaire Paul Jozon. Organisé au pavillon Costrejean, ce spectacle a clôturé brillamment une année scolaire d'échanges intergénération autour du thème de la musique et du chant.

«Ce projet qui me tenait à cœur de longue date a rencontré beaucoup d'enthousiasme tant du côté des personnes âgées que des enfants », souligne Claire Solon qui en est à l'origine.

Très spontanément, les enfants sont allés au devant de leurs aînés jetant immédiatement les bases d'une chaude complicité qui s'est développée au fil des rencontres.

C'est peu avant Noël dernier, que les enfants adressèrent un courrier aux résidents, au Docteur Marie-Louise OLIVER, Médecin chef ainsi qu'à Monsieur BULLE, Directeur de l'établissement. Les fêtes de Noël furent ainsi, tout naturellement, le thème d'une première rencontre.

À l'hôpital, c'est au chevet des résidents qu'elle met en pratique son expertise de la musicothérapie dite active.

«Ma venue correspond à un rendez-vous régulier qui permet aux personnes âgées d'entretenir la notion de temps et de se projeter vers un objectif», indique-t-elle. Rien n'est obligatoire ! On peut dire non. On peut aussi choisir ses chansons, décider de chanter ou accompagner avec des maracas.

«Cet atelier remet les personnes en position de choix sur un sujet donné, poursuit Claire Solon. C'est essentiel et même un refus constitue le point de départ d'un dialogue pouvant déboucher sur le projet d'une rencontre ultérieure ».

Travailler en partenariat avec l'équipe soignante est indispensable pour assurer la réussite des ateliers.

«J'ai présenté mes méthodes de travail aux membres de l'équipe et nous travaillons vraiment main dans la main, précise-t-elle. Il m'arrive, si les obligations du service le permettent d'associer un soignant à une séance ».

Au fond, tous ces professionnels sont mobilisés autour d'un objectif commun : le bien-être des résidents.

Une large mobilisation humaine

Je tiens à remercier chaleureusement les enseignantes de l'école Paul Jozon ainsi que les parents des enfants qui nous ont beaucoup aidé tout au long de l'année, déclare : Claire Solon. Un grand merci aussi à toute l'équipe du pavillon Costrejean :

médecin, psychologue, équipe soignante, équipe animation et stagiaires. Tous ont contribué à la réussite de ce projet, sans oublier Josiane qui, avec sa gentillesse habituelle nous a servi de bons goûters. Un formidable bravo, enfin aux personnes âgées et aux enfants qui nous ont offert de superbes moments de vie ». C'est dit !

Rendez-vous, tout le monde le souhaite, pour de nouvelles aventures à la rentrée.

Il existe en musicothérapie deux principaux modes d'approche qui varient selon les publics rencontrés. La musicothérapie passive où le sujet écoute un programme sonore établi après un entretien et la musicothérapie active, axée sur des productions sonores au moyen de la voix, les percussions ou autres. Le sujet devient créateur et s'exprime à travers la musique et les sons.

Pour se former au métier de musicothérapeute, il est possible de suivre une filière universitaire (Paris V, Montpellier III, etc.).

Exigeantes et très complètes, ces formations nécessitent à la base un bon niveau de connaissances musicales et de réelles capacités relationnelles.

Il existe par ailleurs de nombreuses formations privées sous forme de stages qui s'adressent plus particulièrement à des professionnels de la santé ou des musiciens ayant déjà une formation et une expérience dans leur domaine.

« Ça me fait plaisir », confie dans un grand sourire un résident qui, pour profiter pleinement de la berceuse créole que lui chante pour finir la musicothérapeute, s'allonge les yeux fermés pour mieux se recueillir.

« Bravo chérie, merci ! », dira avec beaucoup d'émotion une dame alitée pour qui chaque intervention de Claire Solon est visiblement un petit bonheur.

Le métier de musicothérapeute :

Le musicothérapeute est soit un musicien ayant également une formation en psychologie, soit un professionnel de la santé ayant des connaissances en musique. Il intervient auprès de personnes en difficulté psychologique ou sociale.

La musicothérapie relève de l'art-thérapie. Ainsi, la musique, la danse, le théâtre ou les arts plastiques sont utilisés comme des outils d'accompagnement d'un programme de soins. On rencontre donc le musicothérapeute dans le secteur de la santé, au sein d'un hôpital, dans les services spécialisés tels que la gériatrie, la néonatalogie ou la psychiatrie.

Il exerce également dans le secteur éducatif et social, dans le cadre de projets locaux de développement et d'éducation.

MONUMENTS ET SITES DE SEINE ET MARNE

Dans le cadre des présentations d'associations intéressant les seniors, nous parlons aujourd'hui patrimoine et monuments puisque c'est l'objectif de cette association :

Les Amis des Monuments et Sites de Seine et Marne,

Présidente : Mlle Delécluse 45 rue de Malnoue 77420 Champs sur Marne ; Téléphone : 01 60 05 01 93.

Depuis quelques mois ou de nombreuses années, vous habitez en Ile de France, principalement en Seine et Marne, mais vous regrettez de ne pas connaître la région.

Notre association, « Les Amis des Monuments et Sites de Seine et Marne », qui existe depuis trente cinq ans, permet justement de vous faire découvrir les monuments civils ou religieux, très connus ou secrets, de vous faire admirer leur architecture, les sculptures qui les ornent, et vous raconter leurs histoires et celles de ceux qui y habitèrent.

Chaque année, par trois fois, nous proposons des promenades qui peuvent vous mener des lieux occupés par les Gaulois jusqu'aux constructions du 21^{ème} siècle des villes nouvelles.

C'est dans une ambiance sympathique que nous parcourons les rues des villes et villages ou les allées des parcs des châteaux et celles, silencieuses, des cloîtres des abbayes.

Nous proposons aussi de voir ou revoir des paysages appréciés par les peintres, ainsi que leur cadre de vie, de visiter l'ancienne propriété d'un écrivain, d'un poète, d'un sculpteur, d'un compositeur ou encore d'écouter un concert sur des orgues restaurés.

Nous encourageons d'ailleurs très fortement, toutes les restaurations pour qu'elles soient faites en conformité avec tous les acteurs compétents.

Nous nous intéressons aussi à l'activité industrielle de notre région et les explications fournies par les professionnels sont toujours très estimées.

Aucune activité, aucune période ne nous laisse indifférents et nous essayons de transmettre à tous notre curiosité.

Nous éditons également une revue qui résume notre activité de l'année et qui est agrémentée d'autres articles sur différents sujets captivants.

Cette année, nos prochaines visites auront lieu dans le Beauvaisis et la Brie melunaise.

Pour adhérer à notre association, contactez notre Trésorier :

Monsieur MOREAU 12 passage Foubert 75013 Paris et adressez-lui votre cotisation de 24 € pour 1 personne, de 32 € pour 1 couple.

□

Retraite

(régime général de la Sécurité sociale)

Revalorisation

+ 2% au 1^{er} janvier 2005.

Minimum contributif

Pour une carrière complète :

- Pension liquidée avant le 1^{er} avril 1983 : 246,35 €/mois ;
- Minimum contributif majoré : 570,04 €/mois.

Maximum de pension

Théorique : 1258 €/mois

Compléments

- Majoration pour tierce personne : 964,78 €/mois.
- Majoration pour conjoint à charge : 50,81 €/mois (plafond de ressources : 563,17 €).
- Majoration pour enfants (à partir de 3 enfants) : 10 % du montant de la pension

Pension de réversion

- Montant : 54 % de la pension du défunt
- Plafonds de ressources :
1.319,06 €/mois ou 15.828,80 €/an pour une personne seule.
2.110,50 €/mois ou 25.326,08 €/an pour un ménage.
- Minimum de pension : 249,52 €/mois.
- Majoration par enfant à charge : 84,69 €/mois.

Retraite complémentaire

Valeur annuelle du point en euros pour 2004

- .Agirc(1) : 0,3862 €
- .Arrco(1) : 1,0886€
- Ava : 0,28728 €.
- Ircantec : 0,40939 €

(1) La valeur des points AGIRC et ARRCO concerne toutes les caisses affiliées à ces régimes

Minimum vieillesse

(sous condition de ressources)

Plafond de ressources

- Pour une personne seule : 7367,91 €/an.
- Pour un ménage : 12.905,40 €/an

Montant

- Allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS) : 246,35 €/mois.
- Allocation spéciale de vieillesse : 246,35 €/mois.
- Allocation aux mères de famille : 246,35 €/mois.
- Allocation supplémentaire (FNS) : 353,14 €/mois (personne seule) ; 582,74 €/mois (deux allocataires).
- Minimum vieillesse

(AVTS + allocation supplémentaire) : 599,49 €/mois (personne seule) ; 1075,44 €/mois (couple marié).

Aides sociales (pour 2004)

(attribuées par le département)

Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

•

Aide ménagère à domicile

Allocation veuvage

Plafond de ressources

7.947,60 €/an.

Montant

- 1^{ère} année : 529,84 €/mois ;
- 2^{ème} année : 529,84 €/mois.

Pension d'invalidité

Pension civile

- 1^{ère} cat. (activité réduite) : 30% du salaire moyen annuel des 10 meilleures années :
 - minimum : 246,35 €/mois ;
 - maximum: 754,80 €/mois ;

- 2^{ème} catégorie (incapacité au travail) : 50% du salaire moyen annuel des dix meilleures années, maximum 1258 €/mois ;
- Allocation adulte handicapé : 599,49 €/mois.

Pension militaire

Valeur du point d'indice : 12,89 €

Assurance maladie

Honoraires médicaux

- Généraliste (secteur 1) : consultation 20 € ; visite 30 €.
- Spécialiste (secteur 1) : consultation 25 € (23 € pour les spécialistes "techniques" ; radiologues...).

Forfait hospitalier

14 €/jour au 1^{er} janvier 2005.

Repères

- **Plafond de la Sécurité Sociale** (au 1^{er} janvier 2005) : 2.516 €/mois.
- **SMIC** (au 1^{er} juillet 2004) : 7,61 €/heure, soit 1.286,09 €/mois pour 169 heures.
- **Indice des prix (INSEE)** en novembre 2004 (base 100 en 1998) : 111,1 (tous ménages avec tabac), soit +2 % sur 12 mois ;
indice hors tabac : 110, soit +1,9% sur 12 mois.
- **Indice du coût de la construction** 1.267 au 2^{ème} trimestre 2004 et 1227,25 (moyenne des 4 derniers trimestres servant pour l'augmentation des taux d'habitation), soit une augmentation annuelle de +3,85 % (1 € = 6,55957F).

REVALORISATION DES RENTES VIAGERES

Les rentes viagères sont revalorisées de 1,7 % en 2005. Cette Indexation automatique concerne les arrrages de rentes viagères constituées entre particuliers, de rentes servies en réparation d'un préjudice subi et de rentes constituées au profit des anciens combattants. Les taux de majoration s'appliquent aux rentes nées avant le 1^{er} janvier 2004 et servies en 2005.

Période au cours de laquelle est née la rente originaire	Taux de la majoration (en pourcentage)	Période au cours de laquelle est née la rente originaire	Taux de la majoration (en pourcentage)
Année 1988	32,5 %	Année 1996	11,6 %
Année 1989	29,5 %	Année 1997	10,1 %
Année 1990	25,9 %	Année 1998	8,9 %
Année 1991	22,9 %	Année 1999	8,4 %
Année 1992	19,8 %	Année 2000	6,9 %
Année 1993	17,4 %	Année 2001	5,2 %
Année 1994	15,4 %	Année 2002	3,4 %
Année 1995	13,1 %	Année 2003	1,7 %