

Sommaire :

Page 1: Edito; Activités de l'Association

Page 2: Audition de la FNAPAEF

Page 3: Propositions de Mme IBORRA

Page 4: Communiqué de la FNAPAEF ; PLFSS 2018

Page 5 : Lu pour Vous

Page 6 : Le CDCA

EDITO

Deux questions importantes font l'objet de votes parlementaires et ou de commentaires de membres du gouvernement.

Le financement de la sécurité sociale

Agnès Buzin ministre des Solidarités et de la Santé a précisé les contours de la promesse faite par Emmanuel Macron, (qui avait fixé l'objectif de 100% de prise en charge d'ici à 2022 pour les soins optique, dentaire et prothèses auditives). Mais elle a eu une petite phrase malheureuse... "rien à faire des lunettes Chanel !" Bien sûr, elle se défend d'être méprisante.

Mais comment ne pas réagir après « les analphabètes, les fainéants, les gens qui ne sont rien » (déclarations d'Emmanuel Macron). Vous qui comme moi portez des lunettes ne réclamons pas des lunettes de luxe. Quant aux verres anti reflets également dénoncés par la ministre, ceux qui passent beaucoup de temps devant un écran d'ordinateur (pour travailler) en ont bien besoin.

Hélas peu de mesures pour l'amélioration de la prise en charge de la perte d'autonomie. Toujours rien pour diminuer le reste à charge en établissement.

La cause des femmes

A juste titre, des faits de harcèlement sexuel ont mis en lumière la cause des femmes. Ces faits s'ajoutent aux discriminations multiples dont elles ont toujours fait l'objet. Mais là encore on ne parle pas des femmes âgées qui continuent à subir, alors que nombre d'entre elles ont été victimes au cours de leur parcours de vie des faits qu'on dénonce aujourd'hui, dans l'indifférence la plus totale.

Elles vieillissent pour beaucoup dans la solitude avec de maigres retraites et après avoir souvent été aidant pour leur compagnon, elles doivent faire face à leur tour aux difficultés de leur avancée en âge.

Cependant, n'est pas une raison pour baisser les bras.

Dans trois semaines c'est la trêve des fêtes de fin d'année. Je vous souhaite à tous et toutes pleins de petits bonheurs qui vont éclairer l'hiver. Le président de la République n'est pas le Père Noël (nous ne l'avons jamais cru). Sauf que les « riches » ont plutôt bien terminé l'année.

Joyeux Noël et bonne année

Claudette BRIALIX
Présidente de BVE 36

LES LUNETTES BIENTÔT REMBOURSÉES À 100% ?

CE NE SERAIT PAS DU LUXE !
À MOI ELLES ME COÛTENT "LES YEUX DE LA TÊTE" ...

**Activités de BVE 36**

Le 22 juin Claudette BRIALIX a assisté à l'Assemblée Générale de ALMA 36 (allo maltraitance). L'association manque de bénévoles s'engageant.

Le 29 juin Claudette BRIALIX (accompagnée de la présidente de BVE 41) a assisté à une journée URIOPSS (à Blois) consacrée à l'informatisation des services de santé et médicosociaux.

Le 26 septembre Claudette BRIALIX a assisté au comité de pilotage de la filière gérontologique.

Le 27 septembre Claudette BRIALIX assistait à la réunion d'installation du conseil départemental de la citoyenneté et de l'Autonomie. Elle y a été élue vice-présidente de la formation âge.

Le 28 septembre, Claudette BRIALIX a participé à la journée organisée par le CDGI sur la relation usagers familles. Plusieurs établissements étaient représentés tant par les directions que par des personnels (infirmiers, aides soignants médecins psychologues, administratifs).

**Résumé
du document**

Audition de la FNAPAEF à la mission Flash sur les EHPAD

-Passer de 3 colonnes budgétaires

remis par la FNAPAEF lors de son audition le 5/09/17 à Mme Iborra rapporteure au nom de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale. (consultable en totalité sur le site FNAPAEF.com).

Pour une collectivité où les plus âgés se regardent avec respect, dignité, égalité pour faire ensemble société, voici les attentes, les suggestions et les propositions des citoyens, des personnes âgées et de leurs familles.

Les citoyens, les personnes âgées présentes et futures, les proches forment le vœu d'être partenaires et parties prenantes à tous les travaux qui seront conduits dans le futur sur le sujet, au parlement, au ministère, au HCFEA et à la CNSA.

Pour faire société du plus jeune au plus âgé

-Inciter la société à changer son regard sur le grand-âge.

-Multiplier les échanges intergénérationnels.

-Supprimer enfin la discrimination par la barrière de l'âge à 60 ans.

-Investir sur l'impulsion et la responsabilité des élus et des politiques.

-Cesser de pousser le dispositif vers la privatisation et la marchandisation de la vieillesse.

-Créer un Conseil des anciens, à l'image de ce que nous enseigne l'histoire de la sagesse des peuples, dont la mission sera d'observer le fonctionnement de la société et de formuler des avis et des préconisations.

Pour améliorer la visibilité sur le dispositif d'accompagnement dans les Ehpad

-Mettre en place un dispositif de transparence de la qualité des EHPAD sur le site de la CNSA en complément du comparateur des prix.

-Publier par établissement le ratio d'encadrement soignant issu de l'enquête Ehpad 2015.

-Publier une synthèse compréhensible des évaluations externes de la qualité.

-Créer un corps d'évaluateurs externes indépendant rattaché à l'ANESM mettant fin au conflit d'intérêt entre les organismes évaluateurs et les établissements évalués.

-Financer les évaluations actuellement à la charge des résidents sur le tarif hébergement par une cotisation obligatoire versée à l'établissement public, ce qui représentera un coût zéro pour la collectivité.

Pour garantir le respect du choix de la personne âgée au regard de la loi

-Cesser d'expédier les gens à la sortie des hospitalisations vers des lieux de non-choix et de soins non-adaptés.

Pour que la facture d'hébergement, le reste à charge, cesse d'être la variable d'ajustement des insuffisances structurelles du dispositif

-Remettre en question la réforme de la tarification décidée par les gouvernements précédents.

-Financer les établissements en fonction de leurs spécificités et de leurs besoins locaux.

-Faire les choix politiques indispensables pour dégager les budgets nécessaires.

-Mettre en place une assurance publique obligatoire.

res à 2 colonnes.

-Une colonne augmentée pour le soin considérant que les pertes d'autonomie sont toujours les suites de maladies ; la nutrition elle-même peut être vue comme un soin.

-Une colonne pour l'hébergement ramenée aux possibilités financières de la moyenne des usagers et ne comportant plus les coûts indus identifiés dans le rapport MECSS n° 3091 sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées.

-Augmenter sensiblement les basses retraites indignes.

Pour que chacun puisse entrer en Ehpad en fonction de ses besoins et de son choix

-Réformer l'aide sociale à l'hébergement :

*Supprimer la récupération de l'aide sociale à l'hébergement ou étager le recours sur succession en fonction du montant du patrimoine avec une garantie de non-préemption du bien. Les seuils pourraient être calculés en fonction des prix de l'immobilier dans un département donné. L'idée principale est de garantir la conservation du bien à vivre et sa transmission.

*Financer les besoins en hébergement par l'assurance publique obligatoire.

Pour que chacun bénéficie de soins et d'accompagnements de qualité

-Augmenter les ratios de personnels pour les porter vers 1 pour 1.

-Choisir et former les directeurs dans le sens du management de la qualité, de l'accompagnement et de la relation autant que dans celui de la gestion financière.

-Avoir un médecin coordonnateur à temps plein, formé à la gériatrie, avec notamment pour mission de pallier l'absence des médecins libéraux et de limiter les hospitalisations inutiles, néfastes et coûteuses.

-Sortir du tout sécuritaire au profit d'un accompagnement personnalisé et d'une ouverture des établissements.

-Ouvrir un accès sans limites aux proches.

-Mettre l'accent sur une nutrition adaptée de qualité.

-Eviter la sur-médication et ses effets destructeurs, diffuser des listes préférentielles de médicaments adaptés aux sujets âgés en Ehpad.

-Développer et généraliser les soins dentaires avec des camions aménagés, des malles de soins.

-Donner sa juste place au proche-aidant dans l'accompagnement de son parent en Ehpad.

-Travailler quotidiennement à l'amélioration des relations entre les familles et les professionnels, prévenir les conflits et savoir les gérer en partenaires.

-Développer l'HAD dans tous les établissements.

-Accompagner dignement la fin de Vie. Former les équipes, médecins, IDE, A.S. aux soins palliatifs. Faire en sorte que les Ehpad puissent recourir aux équipes mobiles de soins palliatifs.

-Mettre en place un dispositif de recours médical 24 heures sur 24. Avoir accès à des équipes de gériatrie mobile qui se déplacent de jour comme de nuit dans les Ehpad.

Pour développer la vie sociale et démocratique dans les établissements

-Appliquer enfin les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 sur le CVS :

-Former les directeurs et leurs personnels à l'usage du CVS.

*Former les familles à l'usage du CVS
 *Réviser certains points de la loi pour l'ajuster aux populations accueillies.
 -Miser sur l'amélioration continue des relations entre familles et professionnels.
 -Désigner au niveau ministériel un contact direct en mesure de recevoir et traiter les alertes pour maltraitance avérées lancées par les associations d'usagers.
Pour qualifier et reconnaître les personnels.
 -Faire en sorte que les emplois aidés produisent à la sortie des professionnels qualifiés, reconnus, bien payés qui auront le goût et la possibilité de travailler dans le domaine et sur les lieux de formation.

-Mettre en place un cursus de formation de tous les personnels soignants spécifique pour l'accompagnement des personnes accueillies en Ehpad. A la sortie du diplôme, rendre obligatoire une durée de travail de trois ans en structure avant toute inscription en agences d'intérim. Ceci permettrait des économies d'échelle au niveau de la masse salariale et permettrait aussi de fidéliser les salariés dans leurs fonctions.
 -Créer un diplôme d'Etat d'infirmier coordonnateur.
 Pour la FNAPAEF
 Les membres du Conseil d'Administration
 Le Président Joseph Krummenacker

Synthèse des Propositions de Mme IBORRA Rapporteuse de la " MISSION FLASH " relative aux EHPAD

Les 26 auditions (voir détail sur le site de la FNAPAEF) menées par la rapporteure ont permis d'appréhender globalement les difficultés auxquelles sont aujourd'hui confrontés les EHPAD.

PROPOSITIONS À COURT TERME

Le format de cette mission « flash » a offert la réactivité qui s'imposait afin de **répondre à des problèmes urgents**, pour lesquels une mission d'information classique - s'étendant sur plusieurs mois - n'aurait pas été satisfaisante. La rapporteure a ainsi souhaité interpeller le Gouvernement :

1. **sur la nécessité de mieux reconnaître le métier d'aide-soignant** : les interlocuteurs auditionnés ont unanimement fait part de la pénibilité au travail de plus en plus forte dont souffrent les aides-soignants et de l'inadéquation croissante entre leurs missions en droit et sur le terrain. **La rapporteure souhaite qu'un groupe de travail soit mis en place au sein du ministère de la santé sur l'évolution des missions des aides-soignants et la revalorisation de leur statut.**

2. **sur la nécessité d'imposer la présence d'un infirmier de nuit dans les EHPAD**, et de faire évoluer leur financement en fonction.

3. **sur la réforme de la tarification des EHPAD** issue du décret du 21 décembre 2016 : la rapporteure souhaite que l'on prenne le temps de corriger les effets réglementaires indésirables d'une réforme législative qui reste toutefois pertinente dans son principe et devrait être une avancée en termes de visibilité budgétaire pour les EHPAD. **La concertation engagée par la ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès Buzyn, à compter du 25 septembre prochain, devra impérativement être l'occasion d'évaluer l'impact concret de la réforme sur les territoires et d'examiner les aménagements susceptibles d'y être apportés pour assurer une redistribution plus équitable.** La porte doit rester ouverte à des modifications et des ajustements du décret initial.

4. **sur les contrats aidés** : pour faire face à des sous-effectifs très importants, le recours à ces contrats a été massif dans les EHPAD publics et privés non-lucratifs. **La rapporteure souhaite que l'aide et le soin aux personnes âgées soient considérés comme une priorité pour l'allocation de ces contrats en 2017**, au même titre que l'accompagnement des élèves en situation de handicap et les secteurs d'urgence en matière sociale et de santé.

5. **sur une plus grande transparence sur la qualité des prestations offertes par les EHPAD** : la rapporteure souhaite qu'une réflexion soit engagée sur la publication en ligne des évaluations externes des EHPAD, rendues obligatoires par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

PROPOSITIONS POUR UNE DEUXIÈME ÉTAPE

La rapporteure estime qu'au-delà des réponses à apporter dès maintenant, la Représentation nationale doit aujourd'hui anticiper les besoins et réfléchir à ce que doit être l'EHPAD de demain. **Une mission d'information dédiée, centrée sur des visites de terrain, doit être mise en place.** Deux axes de réflexion principaux devront être développés lors de cette mission d'information à venir :

1/ comment doivent évoluer les ressources humaines des EHPAD, face l'évolution du public accueilli ? La mission d'information devra notamment se pencher sur la possibilité d'instaurer une norme minimale d'encadrement en EHPAD, à l'instar de ce qui existe déjà dans d'autres pays européens ;

2/ Quel modèle pour l'EHPAD du futur ? Quelle articulation de ces établissements avec l'accompagnement à domicile, le sanitaire, le médico-social ? Il faudra par exemple s'intéresser aux expérimentations autour de « l'EHPAD à domicile ».

Communiqué du 13 septembre**Mission « Flash EHPAD » (suite)****2017 de la FNAPAEF**

Suite au rapport de Mme IBORRA présenté aux députés membres de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, la FNAPAEF en souligne la qualité. Le diagnostic comme plusieurs des propositions reprennent les éléments que nous avons défendus au cours de notre audition du 5 septembre.

Toutefois les échanges des députés montrent que de nombreux débats fondamentaux sont encore à conduire.

*Les départements dont la compétence essentielle est l'aide sociale ont-ils les moyens et la volonté d'assumer prioritairement et pleinement cette mission ?

*La tarification des EHPAD réglementée par le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 doit être immédiatement évaluée et revue.

*Enfin débattre du financement de la perte d'autonomie. Le 5^{ème} risque sécurité sociale proposé par certains (que nous souhaitons) ou un financement assurantiel préconisé par d'autres. Ou se situe l'intérêt général dans la logique libérale en vigueur ?

S'il est nécessaire de réfléchir à un mode d'accueil adapté à la réalité des personnes âgées d'aujourd'hui en grande perte d'autonomie, ce travail ne doit pas retarder les mesures indispensables et urgentes pour répondre à la situation de crise actuelle.

Claudette BRIALIX
Vice Présidente

Projet de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2018

L'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie, (ONDAM) augmente de **2,3%** alors que l'augmentation tendancielle des dépenses fixée par la Commission des comptes est chiffrée à **4,5%**. Ce qui correspond à une économie à réaliser d'environ **4,2 milliards**. **Un milliard et demi concerne les hôpitaux déjà en grande difficulté.**

Rien sur la prise en charge à 100% des frais d'optique, d'audioprothèse et dentaires.

Par contre, **le forfait hospitalier passe à 20 € (+2€)**.

Les complémentaires santé ne rembourseront pas sans répercussion sur les cotisations.

Une majorité de retraités **verront augmenter leur cotisation CSG alors qu'ils contribuent déjà à la CASA**. Afin de préserver le principe d'autonomie des finances sociales, un syndicat a demandé à ce que le produit de la CSG reste intégralement affecté aux régimes sociaux et de garantir que les mesures envisagées: exonération de cotisations salariales et de cotisations patronales ARRCO et UNEDIC ou encore de transformation du CICE en baisse de « charges » ne remettent pas en cause l'équilibre financier de la Sécurité Sociale, des retraites complémentaires ou de l'assurance chômage. La Ministre a répondu que ces questions de « *tuyauterie n'intéressaient pas les français* ».

Le service public de la Sécurité Sociale solidaire et

par répartition est en danger !

La revalorisation du minimum vieillesse et de l'AAH

*Le minimum vieillesse augmentera de 100 € par mois (pour une personne seule) progressivement entre 2018 et 2020 (+30 € dès 2018).

*Evoquée dans la présentation du PLFSS, bien que relevant du projet de loi de finances parce qu'entièrement financée par l'Etat, l'AAH passera de 810 à 860 € mois en novembre 2018. Elle est promise à 900 € mois pour 2019.

Toutefois, les associations contestent la prise en compte de la situation familiale. En effet, l'APF (association des paralytiques de France) estime qu' "avec la nouvelle façon de prendre en compte les revenus du conjoint, un quart des bénéficiaires vont voir leur AAH baisser". "les règles d'appréciation des revenus des bénéficiaires de l'AAH vivant en couple seront rapprochées de celles des autres minima". En outre, la fusion prévue de "la majoration pour vie autonome et du complément de ressources" aura pour conséquence très peu de gain voire même une perte significative de pouvoir d'achat.

Rappelons que le seuil de pauvreté évalué par l'INSEE s'élève à 1008 €/mois. L'AAH aujourd'hui égale 810 €/mois.

Le secteur médico-social. La hausse de l'ONDAM pour ce secteur est moins élevée que l'an passé: **+2,6%** en 2018 contre **+2,9%** en 2017. Le budget s'élève à **20,5 milliards d'€**. Pour les établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, le montant des mesures nouvelles s'élève à **515 millions d'€ (590 millions l'an dernier)**.

BIENTÔT, LES RETRAITÉS DEVRONT TRAVAILLER POUR PAYER LEUR PENSION !



*Maladies neuro-dégénératives plan national 2014-2019

Dans ce cadre, il est prévu la création de 206 places dans les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) des EHPAD et 272 places en unité d'hébergement renforcé (UHR) avec 15 millions d'euros au titre des mesures nouvelles 2018.

Trente équipes spécialisées Alzheimer (ESA) nouvelles seront créées à terme dont 5 dès 2018. Cette offre viendra en complément des 66 équipes ESA restant à installer entre 2017 et 2019

Dans le dossier de présentation du plan sont évoqués 100 millions d'€ pour améliorer le taux d'encadrement, la qualité des accompagnements et les conditions de travail des personnels dans le cadre de la réforme de financement des EHPAD sans plus de détails. Cette somme sera vraisemblablement allouée à la médicalisation et aux financements complémentaires.

Enfin, **10 millions d'€** seront consacrés « à la première tranche d'un plan progressif d'extension du dispositif expérimental **des astreintes de nuit dans les EHPAD** ». Dans sa « mission flash » sur les EHPAD. Mme IBORA avait conseillé de prévoir « *dans la budgétisation des établissements, la présence d'un infirmier diplômé la nuit en astreinte ou en poste.* »

Par contre, concernant la crise actuelle des EHPAD relativement à leur financement et à la charge insupportable laissée aux résidents et à leurs familles, il n'y a pas de réponse malgré un rapport complet très édifiant de la députée Mme IBORRA.

La solidarité nationale due aux personnes en perte d'autonomie est bien loin. Tant pis pour ceux qui n'ont pas la chance de « mourir en bonne santé » et pour ceux qui les soignent dans la plus grande difficulté.

Lu pour vous

Déserts Médicaux : un catalogue de solutions sans mesures coercitives titre

Le Monde.fr dans sa publication du 14.10.17. « *Ni nouvelles primes à l'installation ni mesures coercitives. Le plan dévoilé le 13 octobre par le premier ministre et la ministre de la santé pour*

*lutter contre les déserts médicaux ne comporte aucune mesure spectaculaire qui marquera les esprits...la remise à plat du numerus clausus destinée à mieux adapter le nombre de médecins formés au besoin des territoires (pourtant promise pendant la campagne présidentielle) n'y figure pas. ..Ce nouveau plan pour renforcer l'accès territorial aux soins comporte une palette des mesures parfois très techniques destinées à libérer toutes les possibilités d'exercice..En clair il devrait permettre à chaque territoire d'inventer plus facilement sa propre réponse face au manque de médecins. * **Doubler le nombre des maisons de santé pluri professionnelles** * **Accélérer le recours à la télé-médecine** qui pourrait prendre de l'ampleur après négociation entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins qui fixeront les tarifs des consultations et des expertises à distance...afin que ceux qui vivent en EHPAD puissent en bénéficier toutes ces structures devront disposer du matériel nécessaire d'ici à 2020...* **Développer des « consultations avancées »** (faciliter et encourager financièrement la possibilité pour un médecin d'exercer ponctuellement dans un désert médical s'il le souhaite). ***Favoriser les stages chez les médecins libéraux.** * **Faciliter le cumul emploi retraite des médecins libéraux.** * **Permettre des « exercices partagés »** possibilité d'exercer à la fois à l'hôpital et en cabinet dans un désert médical pour les jeunes médecins.***Généraliser le contrat de médecin adjoint** (recourir dans les déserts médicaux au statut existant dans les zones touristiques en haute saison ,qui permet à des internes de prêter main forte à un médecin déjà installé).*

Le journal Libération dans son édition du 13 octobre traite du même sujet: " *.de prudentes mesures pour améliorer l'accès aux soins. Depuis 10 ans les annonces se succèdent inlassablement mais la situation reste inchangée. Les déserts médicaux, éternels laissés en plan. Les pouvoirs publics ont annoncé vouloir surtout faciliter les initiatives locales et ont insisté sur la nécessité d'organisations innovantes dans chaque territoire..*

depuis 10 ans la question revient en boucle..en 2007,N.Sarkozy prévoyait l'augmentation du nombre des étudiants médecins formés et proposait que le médecin installé dans une zone de désert médical soit mieux payé que ceux qui exercent dans les villes où il y a trop de médecins...en 2010 il demandait d'engager avec les collectivités territoriales un plan triennal de création de maisons de santé pluridisciplinaires...en 2012 M.Touraine présentait un "pacte territoire santé "et 12 mesures pour inciter les médecins à s'installer dans les déserts médicaux. Nouveaux plans en 2015 puis en 2016 qui octroyait une prime d'engagement comprise entre 10000 et 30000 euros aux jeunes diplômés qui s'engageraient à passer le concours de praticien hospitalier et à rester une fois titulaire au moins trois ans en place ...résultat de ces 10 plans en 10 ans? la situation ne s'améliore pas.

...Dans son dernier atlas sur la démographie médicale, l'ordre des médecins note que la profession est vieillissante et que les effectifs des généralistes ont baissé de 10% ces dix dernières années.l'exercice médical a également changé (47% sont des femmes) et la profession privilégie l'exercice mixte (libéral et salariat)...Le contexte social aggrave la situation: les zones les plus défavorisées médicalement sont aussi les plus fragiles en termes socio-économiques..les populations sont plus âgées, avec un taux élevé de maladies chroniques et des revenus plus faibles...Que faire ?Comme dans les plans précédents il y a toujours le refus affiché de mesures contraignantes...Le gouvernement parle de nouvelles façons d'exercer entre la ville et l'hôpital, de télé-médecine, de pratiques avancées pour permettre par exemple aux infirmiers de pratiquer des actes habituellement réservés aux médecins.. »

Nos commentaires : Depuis la parution de ces articles, les députés ont adopté en première lecture le PLFSS 2018. Les amendements proposés par plusieurs députés sur le déconventionnement des médecins qui s'installeraient dans les zones surdotées ont une nouvelle fois été refusés. La télé médecine est pérennisée et sera financée comme les autres actes médicaux. Mais nous devons extrêmement inquiets. Dans l'Indre, 10 000 personnes sont sans médecin généraliste dont 60% de ceux qui exercent ont plus de 55ans. Quant aux spécialistes ils se font très rares. Les mesures d'incitation à s'installer existent depuis 10 ans, les cabinets médicaux présents dans de nombreuses communes sont remplis d'infirmiers, podologues, ostéopathes, diététiciens etc. mais de rares ou pas de médecins. Quant à la télé-médecine en EHPAD, il faut rappeler que les établissements manquent de médecins coordonnateurs et d'infirmiers ...Alors ! Sans obligation d'installation, sans maison de santé avec des médecins salariés ou sans autre solution pour faire face à cette désastreuse situation, nous ne croyons plus malheureusement à une prochaine amélioration.

Le CDCA : une nouvelle instance dédiée au vieillissement et au handicap

Mercredi 27 septembre - Salle des Délibérations du Conseil départemental, s'est installé officiellement le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de l'Indre.

*Dispositif phare créé par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement, dite Loi ASV, le CDCA est une nouvelle instance qui se substitue au Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CO.D.ER.PA) et au Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH).

*Instance consultative, le CDCA vise à renforcer la participation des citoyens, des personnes accompagnées et de leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie dans le département et se compose de deux formations spécialisées, l'une concernant les questions relatives aux personnes âgées et l'autre les questions relatives aux personnes handicapées.

Le CDCA est compétent en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social, d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques.

Il est également compétent en matière d'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme.

A ce titre, le CDCA est consulté pour avis, formule des recommandations, rend des rapports, débat de toute question concernant la politique de l'autonomie et émet des propositions sur les orientations de cette politique. Il peut être saisi par toute institution souhaitant le consulter.

Composition

Le CDCA de l'Indre est présidé par le Président du Conseil départemental ou le Vice-président en charge de l'action sociale et aux solidarités humaines, qu'il délègue à cet effet.

Le CDCA comprend deux Vice-présidents, issus du premier collège de chaque formation spécialisée. L'instance est composée de deux formations spécialisées : une formation spécialisée pour les questions relatives aux personnes âgées et une formation spécialisée pour les questions relatives aux personnes handicapées

Les membres des formations spécialisées Personnes Âgées (PA) et Personnes Handicapées (PH) sont répartis en 4 collèges :

Collège n°1 : représentants des usagers, des familles et des aidants

Collège n°2 : représentants des institutions

Collège n°3 : représentants des organismes et professionnels œuvrant en faveur des personnes âgées et handicapées

Collège n°4 : représentants des personnes physiques ou morales concernées par les politiques de l'autonomie et de la citoyenneté. Le Collège n°4 est commun aux deux formations.

Le bureau du CDCA de l'Indre

Lors de sa première séance plénière du 27 septembre 2017, le CDCA a procédé à l'élection du bureau de chaque formation spécialisée.

Bureau de la formation Personnes Âgées :

Vice-présidente : Madame Claudette BRIALIX / Présidente BVE 36.

Membres : Madame Marie JOLY / Présidente Fédération départementale Familles Rurales, Madame Danielle EBRAS / Vice-présidente 55 & Plus, Madame Marie-Thérèse LEFEBVRE / Administratrice UDAF de l'Indre, Madame Odette REINAUD INCLAN / Présidente fédérale ADMR Indre, Madame Michèle SELLERON / Conseillère départementale de La Châtre.

Bureau de la formation Personnes Handicapées :

Vice-présidente : Madame Liliane PIERRE / AFM Téléthon Délégation de l'Indre

Membres: Madame Evelyne COUTURIER / Membre du bureau Fédération départementale Familles Rurales, Monsieur Pascal BIAUNIER / Directeur UDAF de l'Indre, Monsieur François MAGNER / Membre du Conseil APF Délégation de l'Indre, Monsieur Yves-Henri LAFON / Directeur général AS-MAD Indre, Madame Lydie LACOU / Conseillère départementale de Saint-Gaultier.

* Les deux bureaux réunis forment le bureau de la formation plénière du CDCA de l'Indre.

Pour tout renseignement sur le CDCA de l'Indre, contacter le CLIC départemental : clic36@indre.fr

BVE 36 Bulletin d'information

106 B Av de la Forêt 36330 Le Poinçonnet
Tél.: 02 54 27 30 22 e mail : claudette.brialix@wanadoo.fr

Directrice de la Publication : Claudette Brialix

Comité de rédaction : Sonia Drigny, Elisabeth Gaumendy, Louissette Hugault, Raymond Anstett.

« La fraternité n'est qu'une idée humaine, la solidarité est une idée universelle ». Victor Hugo

Rejoignez BVE 36

Association Bien Vieillir Ensemble dans l'Indre

BVE 36 106 Bis Avenue de la Forêt 36330 Le Poinçonnet

ADHESION

Nom:..... Prénom.....
Adresse:..... Profession.....
Tél..... Date de naissance.....
Adresse e mail.....

Le cas échéant préciser le nom du résident et de l'établissement d'accueil.....

La cotisation annuelle en tant que membre, famille ou ami, ou bienfaiteur est de 22 euros. Elle s'élève à 44 euros pour les associations ou autres organismes adhérents.

Merci d'établir votre règlement à l'ordre de : BVE 36 et de l'adresser 106 B Avenue de la Forêt 36330 Le Poinçonnet

(Un reçu au nom du titulaire du chèque sera adressé à l'adhérent)