

# BUS #75

BULLETIN D'INFORMATION SOCIALE DE LA DÉFENSE | SGA > DRH-MD > AS

#75 | MAI 2009

dossier

## Protection et prévoyance

- ▶ Ouverture à la concurrence
- ▶ Remboursements de santé
- ▶ La couverture des militaires

et la rubrique vie professionnelle

INTERNET • [WWW.DEFENSE.GOUV.FR/SITES/SGA](http://WWW.DEFENSE.GOUV.FR/SITES/SGA) • INTRANET • [WWW.SGA.DEFENSE.GOUV.FR](http://WWW.SGA.DEFENSE.GOUV.FR)

# BUS # 75

# 75 | MAI 2009

EDITO



■ photo de couverture  
© Phovoir

**Vous êtes en activité,  
vous souhaitez  
recevoir le BuS ou  
modifier vos  
coordonnées**

Ecrivez-nous :  
BuS, ministère de la défense,  
SDP/P5 - 5 place de Verdun  
17016 La Rochelle Cedex

ou téléphonez :  
05 46 50 24 94/24 87  
ou connectez-vous sur Intranet :  
[buss@sga.defense.gouv.fr](mailto:buss@sga.defense.gouv.fr)

La protection sociale complémentaire est un sujet au cœur de l'actualité du ministère de la défense. En effet, différentes décisions, tant au niveau européen que national, ont amené l'ensemble de la fonction publique à remettre à plat les conditions dans lesquelles l'Etat-employeur participait au financement de la protection sociale complémentaire de ses agents.

Comme les autres ministères, le ministère de la défense procède en 2009, dans un premier temps pour les seuls personnels civils, à une mise en concurrence ouverte à l'ensemble des acteurs de ce domaine (mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance) afin de sélectionner les organismes prestataires qui bénéficieront d'une subvention de l'Etat à ce titre dès l'année prochaine, le nouveau dispositif devant entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Pour les personnels militaires, le calendrier prévoit une mise en concurrence en 2010 pour une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Ce numéro du BuS présente la nouvelle protection sociale complémentaire et donne quelques clés de compréhension relatives à ce dispositif qui concerne, au-delà de la couverture santé, la prévoyance, le décès, l'incapacité et l'invalidité.

Contrôleur général des armées  
**Jacques Roudière**

Directeur des ressources humaines  
du ministère de la défense

SGA - DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE - AS

Directeur de la publication : **Christian PIOTRE**, secrétaire général pour l'administration (SGA) | Président du comité de rédaction : **OC1 Patrick DION** | Rédaction : Direction des ressources humaines du ministère de la défense / Sous-direction de l'action sociale 19 boulevard de La Tour-Maubourg - 75007 Paris | Secrétariat : 01 44 42 40 59/50 77 | Rédacteur en chef : **François MALLÈVRE** (35 39) | Équipe de rédaction : **Laurent CHASSARD** (35 22), **S. LÉONARDON** | Secrétaire de rédaction : **Sandrine LÉONARDON** (35 67) | Documentaliste : **Régine RENART** (43 73) | Conception graphique : © **Pascal ILIC** | Mise en page : **Josette ANNÉREAU** | Régie publicitaire : **Thierry LEPSCH** (ECPA-d 01 49 60 58 56) | Edition : **Laurent TEISSEIRE**, délégué à l'information et à la communication de la défense (DiCoD) BP 33 - 00445 Armées. | Dépôt légal à parution ISSN : 0998-3740 | Photogravure et impression : **ROTO-AISNE** Prix 0,59 euros.

# Bulletin d'abonnement

A renseigner en lettres capitales et lisiblement et à envoyer à

BUS, Ministère de la défense, SDP/P5 - 5 place de Verdun - 17016 La Rochelle Cedex - Tél. : 05 46 50 24 94  
05 46 50 24 87 - Fax : 05 46 50 24 78

M., Mme, Mlle(1) \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ département \_\_\_\_\_

Adresse civile \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Commune \_\_\_\_\_

Statut (1) : *militaire - fonctionnaire - ouvrier - contractuel - saisonnier - auxiliaire*

Armée ou administration d'appartenance \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Matricule \_\_\_\_\_ Identifiant défense \_\_\_\_\_

Unité d'affectation \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cachet et visa obligatoires  
du Bureau du personnel ou service employeur

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
(signature)

(1) Rayer les mentions inutiles

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit un droit d'accès et, éventuellement, de rectification des informations vous concernant. Ce droit s'exerce directement auprès du Ministère de la défense  
Sous-direction de l'action sociale - AS.2 - 19 boulevard de La Tour-Maubourg - 00450 Armées.

Vous pouvez télécharger l'imprimé sur le site Intradef du SGA - [www.sga.defense.gouv.fr/action\\_sociale/publications](http://www.sga.defense.gouv.fr/action_sociale/publications)

# BUS #75

# 75 | MAI 2009

SOMMAIRE

## LE POINT SUR



- 06** Les réorganisations, la région Terre Nord-Est (RTNE)  
**09** Les réorganisations, la région Terre Sud-Ouest (RTSO)  
**11** Défense mobilité

## VIE PROFESSIONNELLE



- 12** Faciliter la mobilité, la nouvelle BNE  
**13** Plan handicap 2009-2011

## DOSSIER > PROTECTION ET PRÉVOYANCE



- 14** La protection sociale complémentaire  
**16** L'ouverture à la concurrence  
**18** Remboursements de santé  
**21** Adhérer à un organisme de protection sociale complémentaire  
**22** La prévoyance  
**30** La couverture spécifique des militaires



## REPORTAGE



- 34** Un pôle d'accueil social  
**36** Convention avec l'ANFEM et l'ARIA  
**37** Un prêt pour les affiliés aux fonds de prévoyance

## INFOS PRATIQUES



- 38** Protection sociale du militaire à l'étranger  
**42** La vaccination à l'occasion d'une mutation outre-mer ou à l'étranger  
**43** Un dispositif pour tous les locataires

## SPORT



- 44** FCSAD : un demi-siècle déjà

# Les réorganisations

## La région Terre Nord-Est (RTNE)



© Pivoir

M. Régis Deza est chef de la division «personnels civils» de la Région terre Nord-Est (RTNE). Pour le BuS, il revient sur la mise en œuvre des réorganisations au niveau d'une région.

### ■ Dans quel contexte s'effectuent ces restructurations ?

Nous avons la conjonction, d'une part, de la mise en œuvre du Livre blanc qui porte sur la réorganisation des forces et, d'autre part, de la révision générale des politiques publiques (RGPP) visant à optimiser le fonctionnement des services de l'Etat. Dans ce contexte, l'ère de transformation que connaît le ministère de la défense est d'une ampleur sans précédent.

La région Terre Nord-Est, pour sa part, regroupe près de 40% des moyens de l'armée de terre. Elle est donc particulièrement touchée. Pour vous donner un ordre de grandeur, les 500 agents concernés par les

restructurations en 2009 correspondent au cumul de ce que nous avons connu au cours des cinq dernières années en matière de réorganisation.

Le contexte actuel de cette réforme, ainsi que l'environnement socio-économique de ce jour sont également fondamentalement différents. En effet, nous devons gérer des fermetures «sèches» d'organismes comme à Givet, Château-Chinon ou encore à Senlis... La possibilité de recourir à des affectations en sureffectif au sein d'unités voisines ou à des mises à disposition, comme utilisée lors de la précédente restructuration, est inenvisageable. De plus, la RGPP étant appliquée à l'ensemble de la fonction publique d'Etat, les autres ministères rencontrent des situations comparables à la nôtre.

Face à cette situation, nous observons une attente très forte de la part des personnels qui accordent une priorité particulière à l'aspect géographique. Il s'agit d'une demande tout à fait légitime, au demeurant, suscitée par des considérations telles que l'emploi du conjoint, l'existence d'un projet immobilier ou la scolarisation des enfants.

L'ensemble de ces éléments fait de la conduite des opérations de restructuration un exercice complexe, notamment à l'égard des personnels civils pour lesquels - et c'est compréhensible - la notion de mobilité n'a pas la même résonance que pour les personnels militaires.

### ■ Comment répondez-vous à ce contexte ?

Il est impératif de mettre l'accent sur la communication afin que l'institution intègre la situation rencontrée par les personnels, et qu'en

complément, ces derniers connaissent pleinement le contexte des restructurations, les modalités de leur mise en œuvre, ainsi que les différentes mesures d'accompagnement social existantes. Pour cela nous bénéficions d'une mobilisation très importante de l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse de la ligne hiérarchique ou des organisations syndicales.

Une attention particulière a tout d'abord été portée à l'information, notamment au travers de séances dédiées, fin 2008, au sein des régiments restructurés. Dans la foulée, toutes les commissions locales de restructuration (CLR) ont été réunies afin d'expliquer la démarche globale, son contexte - notamment les points incontournables - et ses conséquences.

L'implication de la hiérarchie s'exprime également au travers des différentes démarches actives de recherche d'opportunités qui ont été entreprises pour les agents. Les chefs de corps mettent à contribution leurs relations avec les autorités locales, et il en va de même pour le commandement de la région : le gouverneur a pris contact avec les préfets, présidents d'université et présidents de conseils départementaux et régionaux pour appeler l'attention de ces autorités sur la dimension humaine et sociale des restructurations.

En ce qui concerne les organisations syndicales, nous travaillons et échangeons régulièrement sur le sujet avec elles dans le cadre de réunions ou



© Jean-Raphaël Drahi / Sipa Terre

d'instances informelles. L'état-major oeuvre avec les délégués régionaux - les chefs de corps avec les délégués locaux - pour traiter de questions générales comme de cas individuels.

#### ■ Comment se passe la mise en œuvre de l'accompagnement ?

Ces réorganisations constituent un changement important pour les personnels. Cela touche directement leur cadre de vie. Cette situation fait donc naturellement l'objet de phases successives faites de blocages à surmonter, d'acceptation, d'arbitrage... Nous devons prendre en compte cela, laisser le temps aux personnels d'appréhender la nouvelle situation et d'y répondre. C'est à ce stade que l'information prend toute sa place.

Pour l'institution, c'est au niveau de l'antenne mobilité reclassement (AMR) que s'effectue la prise en compte de chaque situation lors d'entretiens individuels. Après analyse de ceux-ci, la division personnels civils de l'état-major se met véritablement « en chasse » pour proposer les postes. Ce travail est effectué à partir de la bourse nationale des emplois (BNE), mais aussi à partir d'autres sources d'emploi de la fonction publique. Il importe ensuite de qualifier les postes ainsi identifiés afin de s'assurer



© Phovoir



© Phovoir

que ces derniers sont toujours libres et qu'ils peuvent correspondre aux compétences des personnes concernées, éventuellement au prix d'une adaptation au poste.

Il s'agit d'un travail qui représente un investissement en temps et en énergie important et qui est d'autant moins aisé, qu'il se confronte à des modes de fonctionnement, des délais et des procédures qui peuvent se révéler très différents en fonction des employeurs publics concernés.

En retour, une première proposition de poste est faite. Au sein de la RTNE nous nous sommes attachés à ce que chaque agent ait reçu sa première proposition de poste avant la fin du mois d'avril.

En tout état de cause, nous veillons à préparer chaque candidat aux entretiens de recrutement, à la rédaction d'un curriculum vitæ ou d'une lettre de motivation. En effet, ces deux exercices ne s'improvisent pas, et de plus, nombre d'agents n'ont pas eu à faire un CV ou à passer un entretien d'embauche depuis de longues années. Nous disposons pour cette préparation et cet accompagnement, non seulement du savoir-faire de l'ensemble de la chaîne RH des établissements, mais aussi de la mise à disposition pour les personnels civils des structures militaires existantes d'aide à la reconversion.

Il serait en effet erroné de croire à un contexte de recrutement d'office, qu'il soit interne à notre ministère ou extérieur à celui-ci. Il est facile d'imaginer qu'il y aura plusieurs candidats pour chaque poste disponible, et que chaque recruteur choisira le candidat qui répondra au mieux à l'intérêt de son service.

En cas de réussite de la phase de recrutement, une convention de mobilité est établie. L'agent dispose alors d'une période de pré-mutation de deux mois, ce délai lui permettant de s'adapter à son nouvel environnement. Pendant cette période, l'agent peut exercer un droit au retour.

Finalement, il me semble essentiel de souligner qu'il faut aujourd'hui pour tout un chacun, agent restructuré ou non, intégrer le fait que nous évoluons désormais dans un environnement plus fluctuant. A ce titre, chacun doit penser et construire son projet professionnel, aussi bien en terme d'évolution géographique que fonctionnelle.

*Propos recueillis par Laurent Chassard*



© Jean-Raphael Drahi / Sirpa Terre

# Les réorganisations

## La région Terre Sud-Ouest (RTSO)



© Phovoir

Le lieutenant-colonel Wilhelm Busch est le chef de corps du camp d'entraînement de Caylus (Tarn-et-Garonne). Pour le BuS, il revient sur la mise en œuvre des réorganisations au sein d'un organisme.

### ■ Dans quel contexte s'effectuent ces restructurations ?

Le camp de Caylus est un camp d'entraînement au tir - et dans une moindre mesure à la manœuvre - au sein duquel est réalisée la préparation opérationnelle des unités qui doivent partir sur un théâtre d'opération extérieure. Il s'étend sur 5 500 ha et possède une vingtaine de pas de tir. L'ensemble est mis en œuvre par un effectif de 160 personnes, 100 personnels civils et 60 personnels militaires.

Bien que la région Terre Sud-Ouest (RTSO) soit plutôt une région d'accueil, le camp de Caylus a un objectif de réduction d'effectif de 20 personnes.

### ■ Quelle a été la principale difficulté à laquelle vous avez été confronté ?

L'attente. Entre les annonces en juillet 2008 et la présentation du PAR, six mois se sont écoulés au cours desquels les personnels savaient que 20 postes étaient concernés par les restructurations en ignorant lesquels. Cela a été une situation délicate, génératrice de craintes, de «bruits de couloir» qui a mis une chape de plomb sur le dynamisme du camp, malgré la venue des autorités de la RTSO mais qui n'en savaient pas plus.

Aussi, nous avons veillé à informer les personnels à mesure que des éléments nouveaux étaient portés à notre connaissance. La directrice des ressources humaines ayant déjà connu une restructuration, son aide a été déterminante. Cela nous a permis de rester en position de réactivité, de sensibiliser les personnels du camp, de les amener à envisager des alternatives. Ainsi, lorsque le plan d'accompagnement des restructurations a été rendu officiel, tout était déjà pratiquement prêt. Il y a 10 ans, la réorganisation avait été de nature différente, misant plus sur une politique de «mort lente». Si la mobilité est une chose acceptée par la majorité des militaires, elle n'a pas la même place dans la culture des personnels civils. Cette fois-ci, la démarche de restructuration est très incitative et volontariste. Tout le monde a compris qu'il ne fallait pas traîner les pieds.

### ■ Quel est votre ressenti vis-à-vis de la venue du SGA et du DRH-MD ?

Ces rencontres nous ont apporté de précieux outils pour la mise en œuvre de la commission locale de

restructuration (CLR) et surtout la mise en place de l'antenne mobilité reclassement (AMR) qui est véritablement la cheville ouvrière de tout le dispositif, avec le chef de corps. La réunion d'information a été une bonne chose, en ce sens qu'elle a été très pédagogique et qu'elle a permis un recadrage du dispositif sur des bases officielles. Cela a permis de le finaliser pour donner quelque chose de cohérent.

Ayant préparé le terrain autant que possible en amont, l'annonce du PAR au sein de l'organisme s'est plutôt bien passée. Sept personnes - toutes ont plus de 55 ans - ont fait le choix de l'indemnité de départ volontaire (IDV). Trois autres ont accepté une mobilité géographique à 60 km.

Le choix des postes supprimés s'est d'abord fait sur le mode du volontariat. Pour cela, nous avons redistribué le travail, regroupé les fonctions par pool.

A la fin du premier trimestre, l'objectif demandé est presque atteint et tout cela en moins de 6 mois grâce à un travail efficace en amont.

Il est vrai que le reclassement de personnels dans la région a été facilité puisque le 11<sup>e</sup> BSMAT de Montauban - qui est un organisme qui bénéficie d'un renforcement de ses effectifs - était demandeur de personnels. En outre, la nouvelle



© Fhovor

bourse nationale des emplois (BNE), désormais réactualisée pratiquement en temps réel, a été un outil remarquable pour identifier les opportunités existantes.

Cependant si le même effort nous est demandé l'année prochaine, le contexte sera différent et il sera plus délicat et plus long (il faudra bien l'année complète) pour arriver au bout de la mission. Pour l'anecdote, il se trouve que mon poste de chef de corps disparaît également, mais j'étais justement au terme de mes deux ans de commandement. J'ai toutefois à cœur de laisser une situation claire avant de partir.

Au regard de l'évolution de la société et du contexte économique, le temps où il était envisageable de faire carrière dans une seule et même entreprise, dans le même organisme, est révolu. On doit inscrire la mobilité dans son parcours professionnel, qu'elle soit géographique, professionnelle ou interministérielle.

*Propos recueillis par Sandrine Léonardon*



© Jean-Paphaël Drahi / Sipa Terre

# Défense Mobilité

Le 26 mars 2009 a eu lieu, en présence de M. Hervé Morin, la journée de lancement de Défense Mobilité, l'agence de reconversion de la défense. Cette dernière réunit désormais tous les bureaux de reconversion existants : Air mobilité, Marine mobilité, Terre reconversion et la sous-direction de l'accompagnement et du reclassement professionnel de la Direction des ressources humaines (SGA/DRH-MD/SA2P). Voici exposées ses missions et son organisation.

## Une seule finalité : l'accès à l'emploi

La première mission de Défense Mobilité est l'accompagnement individuel des militaires, des conjoints des ressortissants de la défense et de la gendarmerie nationale, mais également pour la première fois le personnel civil en réorientation professionnelle dans leur démarche de mobilité externe (départ volontaire, fin de contrat, limite d'âge...). Défense Mobilité proposera à chaque candidat qui le souhaite un suivi personnalisé et adapté pour toutes les étapes de sa reconversion, coordonnées par un conseiller en emploi référent.

Tout candidat inscrit auprès de Défense Mobilité peut bénéficier :

- de prestations d'orientation individuelle ou collective qui permettent de réaliser un bilan de compétences (savoir, savoir-faire et savoir être) ;

- de conseils et d'informations sur le monde de l'entreprise ;
- d'une meilleure connaissance du secteur privé ;
- de conseils sur la rédaction de CV, de lettres de motivation, ainsi que des simulations d'entretien de recrutement.

L'accompagnement permet d'aider le candidat à définir un projet professionnel réaliste (en fonction de ses compétences) et réalisable (par rapport au marché du travail).

## Un service à compétence nationale

Service à compétence nationale placé sous la responsabilité du DRH-MD, cette structure organique comprend une direction installée à Paris et 10 pôles intermédiaires : Lille, Rennes, Bordeaux, Toulouse, Lyon, Marseille, Metz, Brest, Paris et Toulon (mise en place prévue au 1<sup>er</sup> septembre 2009) et une antenne locale dans chacune des bases de défense.

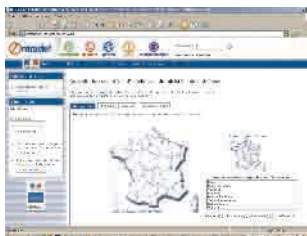
Les conseillers en emplois et les chargés de relations entreprises de Défense Mobilité sont des professionnels qui s'engagent à relever le défi.

Pour tous renseignements sur le dispositif de reconversion, portail Intradef : <http://portail.sga.defense.gouv.fr/defense-mobilite/> ou sur le site Internet : [www.defense-reconversion.fr](http://www.defense-reconversion.fr)



# Faciliter la mobilité

## La nouvelle BNE



Les réorganisations du ministère de la défense se traduisent par une mobilité accrue des agents. Pour répondre à ce défi, une nouvelle Bourse nationale des emplois (BNE) a été conçue par la direction des ressources humaines du ministère de la défense (DRH-MD).

Cette BNE, dans sa nouvelle version, doit permettre de faciliter la mobilité, notamment le reclassement des agents concernés par une opération de restructuration de leur établissement ou de leur fonction d'emploi, en accélérant les procédures de diffusion par une mise à jour en temps réel des offres d'emploi et la création d'un espace d'échange dynamique.

La saisie et la publication des fiches de postes sont réalisées sans intermédiaire par les

employeurs, en fonction de leurs besoins. De la même manière, la mise à jour s'effectuera quotidiennement et non plus selon une fréquence mensuelle comme cela était le cas auparavant.

La fiche de poste a, a priori, une durée de validité de 6 mois. Au-delà, elle est automatiquement retirée du système sauf demande expresse de prolongation.

### Les avantages de la nouvelle BNE

- Une mise en relation automatique entre les agents et les employeurs grâce à l'ouverture d'un espace d'échange dynamique.
- Pour les agents, la possibilité de bénéficier d'une information rapide sur les offres d'emploi susceptibles de les intéresser, qui correspondent à leur profil professionnel et à leurs desiderata.
- Pour les employeurs, la réception par alerte mail et la consultation des profils professionnels des agents qui correspondent aux fiches de postes qu'ils ont publiées.

Vous êtes un agent civil du ministère, profitez d'un nouveau service à votre disposition depuis le 3 mars 2009 : créez, si vous le souhaitez, votre profil professionnel sur la nouvelle BNE et recevez par alerte courriel des fiches de postes pertinentes en adéquation avec votre profil et les critères que vous avez choisis.

### Mode d'emploi

- Connectez-vous à la nouvelle BNE : <http://bne.sga.defense.gouv.fr/>
- Inscrivez-vous à partir de votre adresse électronique intradef.
- Vous recevrez alors vos identifiant et mot de passe
- Identifiez-vous sur la nouvelle BNE.
- Créez votre profil professionnel.

DRH-MD

# Plan handicap 2009-2011



© Couv. plan handicap

Le 24 mars 2009, Hervé Morin, ministre de la défense, et Valérie Létard, secrétaire d'Etat à la solidarité, ont présenté le nouveau plan handicap 2009-2011 du ministère de la défense, à la Section technique de l'armée de terre, à Satory.

Ce document, attractif et fonctionnel, valorise les bonnes pratiques du ministère, illustrées par des retours d'expériences et des recommandations d'experts. Il constitue un outil précieux d'information et exprime, pour les trois années à venir, les objectifs du ministère en matière d'insertion et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap. Il dégage des axes prioritaires dans les dispositifs de gestion des ressources humaines.

En terme de recrutement tout d'abord, le ministère de la défense marque sa volonté d'intensifier sa politique d'emploi des personnes en situation de handicap. Tout employeur de plus 20 personnes doit respecter l'obligation d'emploi définie par le code du travail : taux minimal égal à 6% de l'effectif total concerné. Une évaluation de la situation du ministère de la défense, au 1<sup>er</sup> janvier 2009, montre que ce taux avoisine les 5,95%. Le plan handicap 2009-2011, qui prévoit le recrutement de 590 nouvelles personnes handicapées, confirme la démarche volontaire du ministère.

Le ministère veillera à ce que chaque travailleur handicapé dispose d'un aménagement personnalisé de son poste de travail et puisse y accéder, grâce à des travaux de mise aux normes des équipements.

Le plan facilitera l'accès des travailleurs handicapés, des agents en relation avec eux, des gestionnaires de personnels, ainsi que des représentants syndicaux, aux formations spécialisées telles que la langue des signes. Un atelier d'apprentissage ouvert à l'ensemble des agents souhaitant s'initier à ce langage sera créé.

La sensibilisation et l'information des personnels au recrutement et au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap seront poursuivies et généralisées, notamment vis-à-vis de l'encadrement.

Le ministère de la défense veillera à ce que les jeunes en situation de handicap souhaitant participer à la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD), alors qu'ils en seraient normalement dispensés, puissent être accueillis dans les centres.

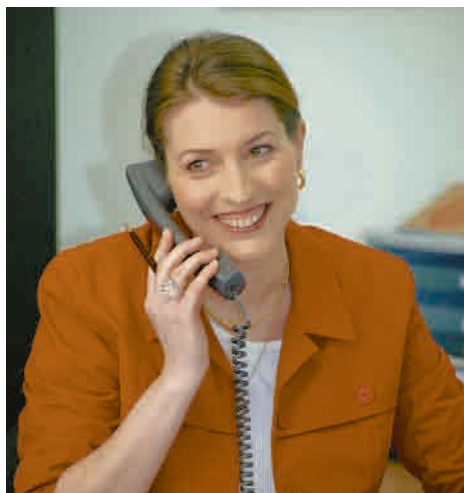
Enfin, le traitement des conséquences humaines et sociales de la réorganisation du ministère fera l'objet d'une attention particulière s'agissant des travailleurs en situation de handicap.

Ce plan reflète la détermination du ministère de la défense à apporter toutes les aides nécessaires aux personnes en situation de handicap pour que leurs compétences puissent être valorisées.

DRH-MD

# La protection sociale complémentaire

Contrairement à ce que peut laisser entrevoir sa dénomination, la protection sociale complémentaire n'est en rien un dispositif créé après la Sécurité sociale pour en prolonger les effets. Bien au contraire, plongeant ses racines très loin dans l'histoire, le dispositif de protection sociale complémentaire est à l'origine même du système de protection sociale tel que nous le connaissons aujourd'hui.



© Phovoir

Définie au sein des différents textes juridiques s'y rapportant comme l'ensemble des «opérations ayant pour objet la prévention, la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou de risque chômage», la protection

sociale complémentaire a pour objet de venir en complément de la Sécurité sociale partout où cette dernière intervient.

L'histoire de la protection sociale complémentaire a des sources bien plus anciennes que celle de la protection sociale. En fait, la plupart des acteurs de la protection sociale complémentaire peuvent revendiquer une filiation avec des sociétés de secours mutuels ou des institutions de prévoyance remontant au moins jusqu'en 1848 (date de l'autorisation d'établissement de ces dernières) et même avant (société de secours mutuel des Bouches-du-Rhône en 1821, mutuelles des menuisiers en meuble en 1760). Dans une certaine mesure, il n'est pas exclu - au travers des confréries, corporations et compagnonnages - de faire remonter la source jusqu'au Moyen Âge.

Ainsi, pendant longtemps - et notamment pendant toute la révolution industrielle - la seule garantie d'avoir accès aux soins ou de bénéficier d'obsèques décentes était d'adhérer à une société de secours mutuel - il y en avait 2 500 pour 250 000 membres en 1852, déjà 6 000 pour 800 000 membres en 1870 et 15 000 pour 2,6 millions d'adhérents en 1901 - ou à une institution de prévoyance et de retraite dont les premières sont constituées à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, notamment dans les mines de charbon.

Ces regroupements - le plus souvent professionnels - se caractérisaient par un sentiment très fort d'appartenance de leurs membres qui partageaient ainsi une part de leurs ressources pour permettre à



© Phovoir

d'autres de faire face aux difficultés de l'existence. A cet impératif de solidarité répondait un souci de responsabilité de chacun.

Le système de Sécurité sociale, pour sa part, ne trouve sa première expression concrète qu'en 1880, en Allemagne. En ce qui concerne la France, l'histoire de la protection sociale assurée par l'Etat prendra plus de temps et il faut attendre la création des assurances sociales en 1930. Ces dernières ne concernent qu'une part réduite de la population aux revenus les plus faibles. Par la suite - au lendemain de la Seconde Guerre mondiale - sera créée la Sécurité sociale que nous connaissons aujourd'hui.

La mise en place de ce système de protection sociale piloté par l'Etat, s'il représente un aboutissement de l'esprit de solidarité, a aussi, de fait, capté l'essence même de l'activité des organismes mutualistes (comme les sociétés de secours mutuels) ou relevant des assurances (comme les institutions de prévoyance). Ces derniers ont alors consacré leur savoir-faire à compléter l'intervention de la Sécurité sociale, créant ainsi le principe d'une protection sociale complémentaire.

La cohabitation d'acteurs relevant du domaine mutualiste (mutuelles) ou du domaine des assurances (institutions de prévoyance au but

non lucratif) est une autre caractéristique de la protection sociale complémentaire. Au début des années 70, de nouveaux acteurs financiers que sont les assurances traditionnelles relevant du domaine commercial se sont intéressés à cette activité. Tout au long des années 80, la tendance a été de les rassembler en les considérant progressivement de manière équivalente jusqu'à la loi du 31 décembre 1989 qui entérine un état de fait en légalisant la concurrence entre mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance, bien que relevant toutes trois de codes juridiques et de principes fondateurs différents.

Cette évolution, prolongée par les récentes décisions prises au niveau européen, entraîne de multiples conséquences, notamment pour les employeurs comme le ministère de la défense, qui participent à la protection sociale complémentaire de leurs agents par le versement d'une dotation financière aux organismes concernés.

Le nouveau contexte juridique oblige alors à remettre en cause les liens existants avec les prestataires historiques que sont les différentes mutuelles de la défense pour ouvrir ce marché à la concurrence et permettre à l'ensemble des acteurs de ce secteur de se porter candidat.

*Laurent Chassard*

# L'ouverture à la concurrence



© Phovoir

Après des années de liens très étroits avec les mutuelles historiques de la défense, le ministère - comme la fonction publique dans son ensemble - a été confronté à la remise en cause de ce dispositif par la commission européenne, puis par le Conseil d'Etat. Désormais, l'Etat employeur peut participer à la couverture sociale de ses agents, mais après une ouverture à la concurrence dans laquelle mutuelles, institutions de prévoyance et assurances seront sur un pied d'égalité.

Qu'ils soient publics ou privés, les employeurs peuvent - mais ce n'est pas une obligation - mettre à la disposition de leurs agents un système de protection sociale complémentaire qu'ils financent en partie. Le ministère de la défense a fait de longue date le choix de participer à la protection complémentaire de ses agents. Il versait à ce titre une subvention annuelle aux mutuelles de ses agents civils que sont la Mutuelle civile de la défense (MC-Def) et la Mutuelle nationale aviation marine (MNAM), ainsi qu'aux mutuelles de ses personnels militaires que

sont la Mutuelle de l'armée de l'air (MAA), la Mutuelle nationale militaire (MNM), et la Caisse nationale du gendarme (CNG-MG).

En outre, d'autres mutuelles - comme la mutuelle de l'arsenal de Brest, la mutuelle de l'arsenal de Lorient ou la mutuelle varoise des travailleurs de l'Etat - bénéficiaient, pour leur part, d'une reconnaissance du ministère de la défense.

L'ensemble de ces acteurs constituait ce qu'il est coutume aujourd'hui de désigner comme les mutuelles historiques du ministère de la défense.

## Un changement de régime juridique

En juillet 2005, un coup d'arrêt est porté à ce mode de fonctionnement qui a associé durant de nombreuses années ministères et mutuelles de fonctionnaires (ou de militaires). Déjà jugé contraire au droit de la concurrence par la commission européenne, ce lien perdra toute base juridique après la décision du Conseil d'Etat de septembre 2005 visant à l'abrogation d'un arrêté - dit «arrêté Chazelle» - qui permettait l'octroi par l'Etat d'aides aux mutuelles de fonctionnaires sous forme de subventions et de mise à disposition de locaux. L'abrogation de l'arrêté Chazelle devenant effective en mars 2006, des négociations sont mises en place dès février 2006 entre le ministère de la fonction publique et les organisations syndicales pour finaliser un dispositif de remplacement.

En 2007, une loi et un décret sont adoptés afin de permettre aux employeurs publics de participer à nouveau à la protection sociale complémentaire de

leurs agents civils, mais - cette fois-ci - au moyen de conventions signées pour une durée de 7 ans et après une mise en concurrence. Un texte similaire, relatif à la situation des personnels militaires, sera publié au cours de l'année.

De ce fait, un cadre juridique nouveau est désormais exigé pour permettre à un employeur public de participer à la protection sociale de ses agents. La conséquence la plus immédiate de ce changement est que les règles de la concurrence s'imposent. Cet élément nouveau signifie que l'ensemble des acteurs de la prévoyance - mutuelles, mais également institutions de prévoyance et assurances - peuvent se porter candidats.

Les candidats doivent respecter une liste précise d'exigences en matière de solidarité. Ces dernières, posées par le décret à la base de ce dispositif, sont intégrées au sein du cahier des charges. Notamment, les prestataires doivent s'engager à ce que le montant de la dotation perçue de la part de l'Etat participe à la mise en œuvre des transferts de solidarité déjà existants entre les différentes générations et situations familiales qui composent l'ensemble des adhérents.

Cette ouverture à la concurrence constitue un changement essentiel après des années de liens très forts avec les partenaires historiques que sont les différentes mutuelles de la défense. Ces dernières peuvent toutefois participer à la mise en concurrence en vue d'obtenir la qualité d'organisme de référence.

### Ce qui change pour les agents

Ce dispositif doit permettre d'améliorer la couverture des agents. Les contrats qui seront proposés par les organismes de référence devront coupler de manière systématique une couverture en matière de prévoyance (invalidité et/ou décès) à la couverture santé - maternité - incapacité.

La participation de l'Etat a pour effet de soutenir et de consolider le mécanisme - au cœur du principe de solidarité - d'un transfert financier entre cotisants et bénéficiaires. Elle permet donc de prévoir des garanties spécifiques, comme un montant de cotisations des adhérents les plus âgés ne pouvant être supérieur à trois fois le montant de cotisation des adhérents les plus jeunes.

L'Etat met en place un dispositif qui vise à amplifier la portée du mécanisme de la solidarité entre adhérents au moyen de sa participation financière. Cela exige toutefois un rapport équilibré entre cotisants et bénéficiaires au sein d'un « parcours de solidarité ». Les agents conservant toute liberté de choix quant à leur organisme de protection sociale complémentaire, ce dispositif sera d'autant plus satisfaisant qu'il bénéficiera d'une adhésion massive des personnels et d'une protection de parcours solidaire qu'il propose, notamment sous la forme d'un délai maximal au cours duquel il sera possible de souscrire, sans supplément financier, auprès d'un organisme de référence.

*Laurent Chassard*



# Remboursements de santé



© Phovoir

Tarifs de convention, taux de remboursement, forfaits et franchises peuvent rendre complexe l'appréciation exacte de ce que représente l'intervention de sa complémentaire santé. Pour jalonner ce sujet, le BuS revient sur le dispositif de remboursement en matière de santé.

La protection sociale est un univers pouvant facilement paraître complexe à un non initié. Tarifs et autres taux de remboursement nécessitent de la part des bénéficiaires un solide prérequis pour de ne pas se laisser illusionner par des tarifs de remboursement de 400% ou surprendre par des dépassements d'honoraires qui peuvent dans certains cas devenir de véritables obstacles financiers.

## Le tarif de convention

Pour y voir plus clair, il convient de noter que tous les contrats appliquent un pourcentage du tarif de convention (aussi appelé tarif conventionnel). Le tarif de convention est d'une importance

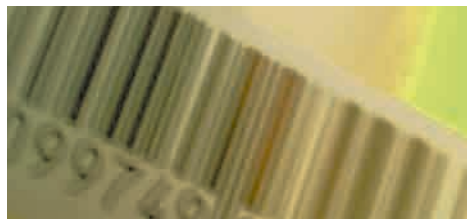
majeure. Il constitue la base sur laquelle sont calculés tous les remboursements des organismes de protection sociale complémentaire, comme de la Sécurité sociale elle-même.

Chaque acte médical ou chirurgical se voit ainsi affecté un tarif de ce type, défini dans le cadre d'une convention (d'où son nom) entre la Sécurité sociale et les syndicats de praticiens. Une première distinction concerne les tarifs de médecins généralistes et les tarifs de médecins spécialistes. En tout état de cause, il convient de retenir que le tarif de convention ne correspond pas forcément au coût de la consultation ou de l'acte dont vous bénéficiez.

Ainsi pour la Sécurité sociale, le tarif (de convention) d'une consultation chez un praticien généraliste est de 22€, quel que soit le tarif pratiqué par le médecin. Comme le taux de remboursement par la Sécurité sociale est de 70% de ce tarif de convention (70% correspond au taux le plus courant), le montant du remboursement est de 70% de 22€, soit 15,40€.

## Franchises et forfaits

En pratique, l'intéressé reçoit même 14,40€. En effet, une participation financière de 1€ - non prise en charge par la complémentaire santé - est désormais systématiquement retenue après chaque acte médical, sauf cas particuliers (mineurs, femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse...). Lorsque le coût de l'acte médical est supérieur ou égal à 91€, ce forfait passe à 18€ - mais peut alors être pris en charge par la complémentaire santé.



© Phovoir

En outre, une franchise médicale, fixée à 0,50€ par médicament et 2€ pour un transport sanitaire, est mise en place sauf pour les enfants, les femmes enceintes et les personnes affiliées à la couverture maladie universelle (CMU) ou à l'aide médicale de l'Etat (AME). A noter que cette franchise est plafonnée à 50€ sur une année.

### Remboursements Sécurité sociale et complémentaire santé

C'est notamment à ce niveau qu'intervient l'organisme de protection sociale complémentaire. En résumé, pour cette consultation de médecin généraliste, la Sécurité sociale - qui a posé le principe d'un remboursement à 70% du tarif de convention de 22€ - rembourse 15,40€. Avec la somme de 1€ retenu forfaitairement pour chaque consultation, il reste donc 7,40€ par consultation à la charge du patient. Cette somme que doit prendre en compte l'assuré après intervention de la Sécurité sociale est appelée «ticket modérateur» (ce qui permet d'établir la règle que le tarif du médecin correspond à la somme du tarif de convention additionnée à celle du ticket modérateur).

Une complémentaire qui présente un taux de 100% pour une consultation chez un généraliste assure à ses adhérents le remboursement intégral du tarif de convention, une fois déduite - toutefois - la somme versée par la Sécurité sociale et l'euro forfaitaire. Elle prend alors à son compte les 6,40€ à la charge du client. Ce dernier ne paiera donc que l'euro forfaitaire restant.

Ce décompte implique toutefois que le tarif pratiqué par le médecin correspond à celui fixé par convention (on dit alors que le médecin est «en secteur 1»).

Or rien n'oblige un médecin à adopter le tarif de convention. Il peut tout à fait choisir d'afficher un tarif supérieur. Il est alors dit «en secteur 2 conventionné» - puisque que sa consultation donne lieu à remboursement de la Sécurité sociale - mais «en honoraires libres» puisque le coût de la consultation n'est pas calqué sur le montant de la convention (le tarif doit toutefois être déterminé «avec tact et mesure», selon les exigences de la caisse d'assurance maladie).

Dans le cas d'un médecin en secteur 2 conventionné en honoraires libres, une complémentaire assurant un remboursement jusqu'à 100% du tarif de convention ne suffit plus à couvrir l'intégralité des frais engagés.

Il conviendra alors de lui préférer une couverture supérieure, par exemple à 200%. La complémentaire prend alors en charge jusqu'à deux fois le montant du tarif conventionné, soit 44€. En fait, avec l'euro forfaitaire, cette somme est corrigée à 43€. Comme le bénéficiaire aura reçu 14,40€ de la Sécurité sociale, cela signifie que la complémentaire pourra verser jusqu'à 28,60€.

A noter qu'il est également possible de rencontrer des médecins en secteur 2, mais «avec option de coordination». Ces derniers peuvent alors - dans certains cas - offrir les mêmes conditions qu'un médecin en secteur 1.

Enfin, d'autres médecins (à peu près 500 en France) sont en secteur 3, c'est-à-dire hors convention. Leurs prestations, au tarif libre, ne donnent alors pas lieu à remboursement du tarif de convention (**cf. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) > assurés > annuaires > professionnels-de-santé**). La règle demande donc que les tarifs pratiqués soient affichés dans le cabinet de chaque praticien.

### Remboursement et parcours de soin

L'ensemble de ces données correspond toutefois à un patient respectant le parcours de soin (détermination d'un médecin référent et consultation

préalable de ce dernier avant consultation éventuelle d'un spécialiste sauf affections ou situations particulières). Les patients ne suivant pas le parcours de soins bénéficient d'un remboursement moindre. Ainsi, sur une consultation de généraliste hors parcours de soins à 22€, l'assurance maladie rembourse 5,60€ et les couvertures santé couvrent 30% du tarif de convention (6,60€). Cela correspond à un remboursement total de 12,20€.

Pour en savoir plus sur les tarifs de convention, vous pouvez consulter le site de la caisse d'assurance maladie ([www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) > **assurés** > **annuaires** > **professionnels-de-sante**).

Il suffit alors d'indiquer un nom ou une profession pour avoir la réponse qui varie selon la spécialité, mais également selon l'âge du patient.

En outre, votre médecin référent peut vous adresser à un médecin spécialiste pour un avis ponctuel ou pour engager un suivi régulier. Le tarif de la consultation n'est alors pas le même chez ce médecin spécialiste que l'on appelle, cette fois, médecin correspondant, même en secteur 1.

### Les tarifs des chirurgiens

Pour les actes particuliers que sont ceux de chirurgie, il importe de conserver à l'esprit que, hors secteur public où les malades paient les tarifs de base de la Sécurité sociale sans aucun dépassement d'honoraires, l'essentiel des chirurgiens exercent en honoraires libres et pratiquent des dépassements d'honoraires qui peuvent atteindre plus de 50% et correspondre parfois à plusieurs centaines ou milliers d'euros.

Pour autant, un chirurgien exerçant en secteur public peut avoir une activité libérale, désignée consultation privée, au sein de son service ou exercer dans une clinique privée.

Aussi, cette question mérite tout particulièrement d'être abordée lors des rendez-vous préalables à l'opération, il est même tout à fait recommandé de demander un devis, de poser des questions, de vous renseigner sur la technique opératoire, la fréquence à laquelle le chirurgien opère, le déroulement de l'intervention et ses risques... Dans le secteur libéral, en clinique, il importe de

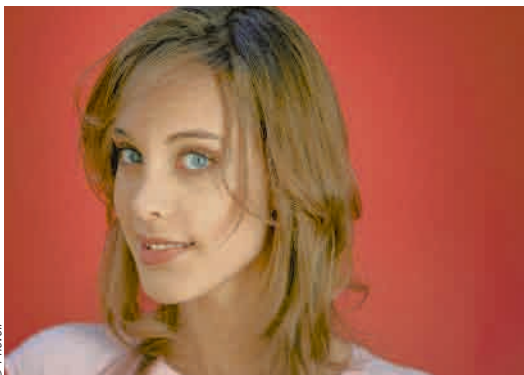
s'assurer des honoraires du chirurgien mais également de l'anesthésiste afin de ne pas connaître de surprises désagréables au moment de régler la facture.

### L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Une aide au financement d'une complémentaire santé est prévue pour les personnes disposant de ressources faibles mais qui sont toutefois supérieures au plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire (par exemple entre 620 et 744 euros pour une personne seule).

Les informations à ce sujet, ainsi que le formulaire de demande sont accessibles sur le site de l'assurance maladie à l'adresse [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) **rubrique assurés > droits et démarches > par situation personnelle > vous avez des difficultés financières**.

*Laurent Chassard*



© Photo12

# Adhérer à un organisme de protection sociale complémentaire

Le choix de sa couverture santé dépend de plusieurs facteurs. Le premier d'entre eux est votre situation personnelle et l'existence éventuelle de problèmes récurrents de santé.

## L'analyse de votre situation personnelle

Dans le cadre d'un besoin précis, vos dépenses de santé actuelles ou à venir s'articulent autour d'un poste de dépense particulier (optique, dentaire, opération hospitalière prévisible, consultation fréquente d'un spécialiste).

Dans le cadre d'un principe de précaution général, votre analyse portera essentiellement sur la recherche d'un compromis global assurant un remboursement satisfaisant dans le plus grand nombre de cas possible.

## Les mutuelles, les assurances et les institutions de prévoyance

Au sein d'une mutuelle, le fonctionnement repose sur un but non lucratif. L'éthique solidaire est à la base du fonctionnement, que ce soit pour le prestataire comme pour le bénéficiaire. Un lien se crée entre ceux qui cotisent en ayant la chance de ne pas bénéficier de prestations trop importantes en retour et ceux qui ont accès à la solidarité de l'ensemble des cotisants. Les mutuelles sont régies par le code de la mutualité.

Dans le cas d'une assurance, la logique vise un équilibre financier différent. Le but lucratif de



© Provoir

l'activité amène le prestataire comme le bénéficiaire à rechercher le plus juste coût. Les assurances sont régies par le code des assurances.

Les institutions de prévoyance constituent un cas particulier. Organismes de droit privé à but non lucratif, elles sont créées et gérées de façon paritaire dans le cadre d'une entreprise ou d'une branche professionnelle (voire interprofessionnelle). Elles sont régies par le code de la Sécurité sociale.

## Et à la retraite ?

La protection sociale complémentaire se prolonge, ainsi que le principe de cotisation, au moment de la retraite. Il convient d'accorder une attention particulière à cette question le moment venu et d'en parler avec son organisme de couverture santé.

Laurent Chassard

# La prévoyance



© Phtovoir

Faire que sa santé - et celle de sa famille - ne devienne pas un gouffre financier en adhérant à une complémentaire est une décision raisonnable. Faire face aux situations plus ou moins prévisibles que sont le décès, l'invalidité et l'incapacité et qui constituent la prévoyance demande une réelle connaissance de ce que les régimes général et statutaire peuvent apporter et du complément qu'on peut y adjoindre en souscrivant des garanties auprès des mutuelles, organismes de prévoyance et d'assurance.

## Le décès

La mort fait peur mais ne pas laisser, à son décès, ses proches affronter, en plus de la perte d'un être cher, l'organisation des funérailles et de l'après au niveau financier est un élément auquel il faut penser. Voici pour vous aider un récapitulatif de ce à quoi vos proches ont droit grâce au régime statutaire et au régime de la Sécurité sociale et de ce que vous pouvez souscrire en plus par le biais des mutuelles et des compagnies d'assurances.

Après un décès, les familles gardent un certain nombre de garanties. En matière d'assurance maladie, les ayants droit du défunt (s'ils ne peuvent y prétendre à un autre titre) continuent de bénéficier durant un an du remboursement des frais médicaux. Délai prolongé jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de 3 ans.

### ■ Ce à quoi vous pouvez avoir droit

#### • Le capital décès de la Sécurité sociale

Le capital décès est un secours de première urgence destiné à compenser la perte de revenus subie par la famille à la suite du décès d'un assuré social salarié. Capital soumis ni à l'impôt, ni aux droits de succession.

Il est accordé quelle que soit la cause du décès (accident, accident du travail, suicide...).

Le défunt doit avoir occupé un emploi salarié pendant 60 heures au cours du mois civil ou du mois de date à date précédant le jour du décès ; ou 120 heures au cours du trimestre civil ou des trois mois de date à date précédant le jour du décès.

Il est versé en priorité à la personne qui était à la charge effective, totale et permanente de l'assuré le jour du décès. Si cela concerne plusieurs personnes, voici l'ordre de priorité : le conjoint légitime, les descendants, les ascendants ou toute autre personne. Ils ont un mois pour faire la demande à la caisse primaire d'assurance maladie.

Son montant équivaut à 3 fois le dernier salaire mensuel (dans la limite du salaire plafonné) et ne peut être inférieur à 1% du salaire plafonné.

#### • Le capital décès des fonctionnaires

Le décès d'un fonctionnaire en activité ouvre droit au versement par l'employeur d'un capital

décès du régime spécial de Sécurité sociale des fonctionnaires.

Bénéficiaires : le conjoint survivant non divorcé ou non séparé, le partenaire lié par un PACS (1/3 du montant) et les enfants âgés de moins de 21 ans (2/3 du montant partagés entre eux à parts égales) ; en l'absence de conjoint, de «pacsé» et d'enfants de moins de 21 ans, le capital est intégralement versé aux ascendants à charge du fonctionnaire décédé.

En outre, chaque enfant perçoit une rémunération de 3% du traitement brut annuel afférent à l'indice brut 585 au moment du décès du fonctionnaire.

Montant : avant 60 ans, capital égal au dernier traitement brut annuel d'activité ; après 60 ans, capital évalué selon les dispositions du régime général de la Sécurité sociale équivalent à 3 mois de traitement afférent à l'indice détenu par le fonctionnaire au moment de sa mort (dans la limite du salaire plafond de la Sécurité sociale).

#### • La pension de réversion du régime général

Le conjoint survivant (**hors PACS et concubinage**) peut bénéficier d'une pension de réversion - sans condition de durée de mariage - si la personne décédée était salariée du régime général des salariés du privé, des régimes de retraite des professions libérales, des artisans, des commerçants, des

salariés et des non-salariés agricoles. Le conjoint survivant remarié ou vivant maritalement peut prétendre également à une pension de réversion.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, il faut avoir au minimum 55 ans pour prétendre à la pension (allocation veuvage pour les moins de 55 ans).

Pour l'ouverture des droits, les ressources de la personne ou du ménage (dans le calcul, les droits à réversion des autres régimes d'assurance vieillesse sont pris en compte) ne doivent pas dépasser un certain plafond, revalorisé chaque année : 18 116,80€ en 2009 pour une personne seule ; 28 986,88€ pour un ménage.

Le montant est fonction de la pension du conjoint défunt, sans toutefois être inférieur à un minimum : 54% de la pension principale (taux majoré à hauteur de 60% à partir de 2010 pour les plus de 65 ans dont l'ensemble des retraites est inférieur à 800€ environ) dont bénéficiait ou aurait bénéficié le défunt (3 122,04€ pour l'année 2009).

Elle est majorée de 10% si le conjoint survivant a eu ou élevé 3 enfants.

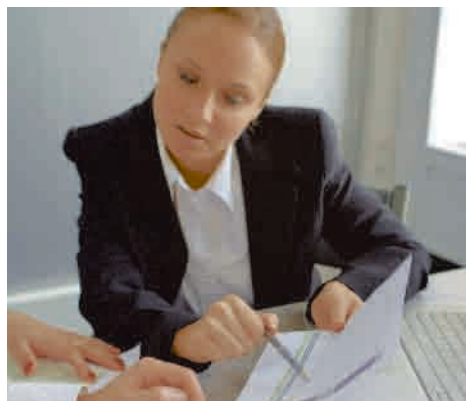
Elle est majorée forfaitairement lorsqu'il a un enfant à charge, qu'il est âgé de moins de 65 ans et qu'il n'a pas liquidé de droits propres dans un régime de base (soit 89,42€ en 2009).

Attention : cette pension n'est jamais attribuée automatiquement, il faut en faire la demande, de préférence auprès de la caisse du régime de dernière activité de votre conjoint.

Site : [www.retraite.cnav.fr](http://www.retraite.cnav.fr)

#### • La pension de réversion d'un fonctionnaire et ouvrier de l'Etat (OE)

Elle est attribuée au conjoint marié survivant ou à l'ex-conjoint non remarié d'un personnel ayant obtenu ou ayant pu obtenir une retraite. Le mariage doit avoir été prononcé 2 ans au moins avant la cessation des services valables pour la retraite si l'intéressé a effectué au moins 15 ans de service, ou être antérieur à l'évènement qui a provoqué la mise à la retraite ou le décès de l'intéressé ou avoir duré au moins 4 ans. Aucune antériorité de mariage n'est exigée si un enfant est issu de l'union. **Le PACS et**



## le concubinage n'ouvrent pas droit à la pension de réversion.

L'attribution est immédiate et son montant est égal à la moitié de la pension qu'aurait perçue le personnel décédé. A cette pension s'ajoutent la moitié de la majoration pour enfants si le conjoint survivant remplit les conditions pour en bénéficier et, le cas échéant, la moitié de la rente viagère d'invalidité dont son conjoint bénéficiait ou aurait pu bénéficier.

S'il existe un ou plusieurs conjoints divorcés remplissant également les conditions, la pension est partagée entre le conjoint survivant et le ou les conjoints divorcés proportionnellement à la durée respective de chaque mariage.

Si le conjoint ou l'ex-conjoint ouvre droit au même titre qu'un orphelin d'une autre union, dont le parent n'a pas droit à pension de réversion, la pension est partagée en parts égales entre le conjoint et l'orphelin.



© Phovoir

Si le total des ressources personnelles du conjoint survivant et de sa pension de réversion est inférieur au «minimum vieillesse», le Centre régional des pensions lui sert un complément de pension pour atteindre ce minimum égal à 7 597,59€ par an au 1<sup>er</sup> septembre 2008.

La veuve, le veuf ou l'ex-conjoint qui se remarie ou vit maritalement après le décès du fonctionnaire, perd ses droits à pension, jusqu'à ce que la

nouvelle union soit dissoute ou que le concubinage notoire cesse.

Le conjoint divorcé qui s'est remarié avant le décès du fonctionnaire peut faire valoir ses droits à la pension de réversion à la cessation de la nouvelle union s'il n'existe pas d'autres ayants droit (conjoint ou orphelin) ; s'il ne bénéficie pas d'une autre pension de réversion.

En cas de décès du conjoint survivant, les droits de réversion sont transférés, le cas échéant, aux orphelins de moins de 21 ans, légitimes ou naturels, issus de son union avec le titulaire de la pension ou adoptés au cours de cette union.

L'attribution de la pension de réversion n'est pas automatique, il faut la demander.

### ■ Prévoir un complément

*Cette prise en charge peut être complétée par l'adhésion à un contrat particulier permettant aux ayants droit de faire face financièrement aux conséquences de la disparition de l'adhérent (capital décès, capital éducation...).*

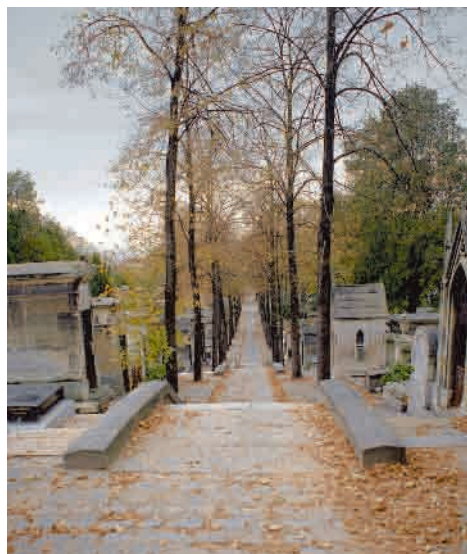
#### • Le capital décès

Le contrat d'assurance-vie permet le versement d'un capital déterminé à son décès. Le bénéficiaire est celui déclaré dans le contrat. Il est à noter que la démarche auprès des assureurs est à l'initiative des ayants droit.

Le capital est transmis hors succession, il n'est donc pas soumis à la fiscalité successorale.

De plus, les fonds ne sont pas intégrés aux biens qui composent la succession, les héritiers n'ont donc aucun droit sur ce capital et si le conjoint est le bénéficiaire, il ne doit aucune compensation à la communauté.

Le régime fiscal applicable au contrat d'assurance dépend de la date de souscription du contrat (avant ou après le 20 novembre 1991) ; de la date de versement des primes (avant ou après le 13 octobre 1998) ; de l'âge du souscripteur au moment du versement des primes (avant ou après 70 ans).



© Phovoir

Certaines banques proposent dans leurs produits un capital décès en cas de mort du titulaire du compte, renseignez-vous. Ce capital est en général lié au solde du compte au jour du décès.

Les mutuelles peuvent également garantir un capital décès qui correspond à une somme d'argent versée en une seule fois ou sous forme de rente versée par échéances régulières tout au long de la vie. Certaines d'entre elles pratiquent le tiers-payant avec les entreprises de pompes funèbres.

#### • Le contrat obsèques

Prévoir ses obsèques de son vivant n'est pas chose facile mais c'est un acte de protection vis-à-vis de ses proches qui n'auront pas à décider des modalités des funérailles à un moment douloureux et n'auront pas à en assumer le financement.

Les frais d'obsèques sont certes à la charge de la succession mais il faut savoir que les comptes bancaires, postaux ou d'épargne ouverts au seul nom du défunt sont bloqués jusqu'au règlement de cette

dernière (les procurations sont caduques). Vos proches ne pourront débloquer que la somme maximum de 3 050€ pour subvenir aux frais d'obsèques, sachant que le coût moyen des funérailles en France est de 3 000€. Il existe cependant de grandes disparités selon les villes et les régions (moins le cimetière a de places, plus la concession est chère).

Le contrat obsèques bénéficie d'une double garantie : garantie financière et garantie de respect de la volonté du signataire et de l'exécution des prestations choisies.

Certains contrats prévoient aussi la garde des enfants et petits-enfants au moment du décès et des obsèques, la prise en charge du déplacement du proche en charge des obsèques, voire même l'accompagnement psychologique.



© Phovoir



© Phovoir

### • Le capital ou la rente éducation

Souscrire un tel contrat, moyennant le paiement d'une prime annuelle (relativement faible), équivaut à assurer l'avenir financier de vos enfants en leur garantissant le versement d'une rente mensuelle ou trimestrielle, généralement jusqu'à leur 25<sup>e</sup> anniversaire. Cela peut être fait par l'un ou l'autre des parents ou les deux.

Il faut être attentif aux conditions proposées sachant que les rentes éducation comportent des limites en plafonnant les montants versés. Par exemple, 200€ par mois jusqu'aux 10 ans de l'enfant, 300€ entre 10 et 15 ans, 400€ à partir de 16 ans, 500€ au-delà de 18 ans. La rente peut aussi être progressive et augmenter de 3 à 5% à partir d'un âge déterminé ou être indexée par rapport à une référence, le plus souvent l'indice du coût de la vie. Elle peut enfin et surtout prévoir le doublement du montant versé en cas de décès accidentel.

Ces rentes ne sont pas imposables, sauf si elles ont été souscrites dans le cadre de la loi Madelin par un travailleur non salarié (artisans, commerçants et professions libérales déduisant les cotisations de leurs revenus. En contrepartie, la rente devient alors imposable et est soumise aux prélèvements sociaux).

### • Les contrats d'assurance vie Rente survie

C'est un contrat d'assurance qui prévoit en cas de décès de l'assuré le versement d'un capital ou d'une rente viagère auprès d'une personne atteinte d'une infirmité.

Avant le 11 février 2005 (loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées), le souscripteur du contrat devait obligatoirement être le parent de l'enfant atteint d'une infirmité. Dorénavant, le souscripteur peut être tout parent en ligne directe ou collatérale jusqu'au 3<sup>e</sup> degré inclus ou toute personne sans lien de parenté ayant la charge de la personne handicapée.

## L'invalidité

### ■ Ce à quoi vous pouvez avoir droit

L'invalidité nécessite, au-delà des soins, une aide pour la vie courante, et dans la durée. Si le régime général prend en considération ce type de situation, le bénéfice d'une protection sociale complémentaire est là aussi un atout déterminant avec le versement d'un capital invalidité permanente ou d'une rente dépendance ou d'une rente survie (dans le cas du décès du souscripteur) pour l'enfant handicapé...

Nous aborderons ici les principales mesures applicables aux agents de l'Etat en cas d'invalidité temporaire ou permanente.

L'agent titulaire peut reprendre ses fonctions après avoir passé un certain temps en congés (de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée). Mais il arrive qu'après épuisement des droits à congés (un an s'il n'est pas reconnu qu'il a droit à un CLM ou un CLD), il ne puisse reprendre le travail : il est alors placé en disponibilité d'office, position où il ne reçoit aucun traitement (on parlera de congé sans salaire pour un personnel ouvrier et d'un congé sans traitement pour un agent sur contrat). Cependant, un reclassement éventuel est d'abord examiné car il n'est pas question pour l'administration d'envisager

de prime abord la mise à la retraite pour invalidité ou le licenciement de l'agent ou encore de placer l'agent en disponibilité d'office, sauf si l'agent est médicalement reconnu définitivement inapte à tout emploi. A noter : un fonctionnaire stagiaire rayé des contrôles pour inaptitude physique doit être présenté devant une commission de réforme.

L'administration doit rechercher les possibilités d'aménagement du poste de travail ou d'affectation de l'agent sur un autre emploi de son grade, ou dans un emploi d'un autre corps (par voie de détachement : l'administration invitera alors l'agent à formuler une demande écrite en ce sens).

#### • Allocation d'invalidité temporaire (AIT)

L'agent qui ne peut reprendre ses fonctions, ni être admis à la retraite, qui n'a plus droit aux indemnités journalières et est atteint d'une maladie réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail peut être reconnu en état d'invalidité temporaire ouvrant droit à une allocation d'invalidité temporaire. Après avis favorable de la caisse primaire d'assurance maladie et de la commission de réforme, l'agent percevra l'AIT (versée par l'administration).

L'agent sur contrat doit quant à lui s'adresser à sa CPAM.

L'AIT étant servie à titre temporaire, puisque légitimée par la réduction temporaire de la capacité de travail, elle ne sera plus versée en cas de réintégration ou de mise à la retraite.



#### • Allocation temporaire d'invalidité (ATI)

Prestation attribuée à un fonctionnaire qui, à la suite d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle, présente des infirmités permanentes (au moins 10% en cas d'accident) lui permettant néanmoins de reprendre ses fonctions.

L'ATI vise à indemniser l'invalidité résiduelle de l'accident de service ou de la maladie professionnelle, et non la diminution de rémunération consécutive à la réduction de capacité de travail. L'agent continue en effet de percevoir son salaire.

L'allocation est tout d'abord attribuée pour 5 ans et fait l'objet d'une révision à expiration de cette période. Lorsqu'elle est reconduite (éventuellement à un taux différent), elle est alors concédée à titre définitif.

Son montant est forfaitaire et calculé par référence à l'indice majoré 236 (soit 12 905,28€ annuels à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008).

Ainsi, un fonctionnaire atteint d'une invalidité de 10% perçoit une allocation dont le montant annuel est égal à 1 290,53€, soit 107,54€ par mois (valeur au 1<sup>er</sup> juillet 2008 : 1290,53€ x 10%/12).

#### • La pension de retraite anticipée pour invalidité

Il s'agit d'une pension accordée au fonctionnaire ou à l'ouvrier de l'Etat admis à la retraite à la suite d'une interruption prématurée de la carrière causée par une inaptitude pour raison de santé rendant impossible la poursuite de son activité.

Le fonctionnaire ou l'ouvrier de l'Etat atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable le plaçant dans l'impossibilité d'exercer une quelconque profession peut demander la liquidation de sa pension. S'il détient moins de 26 ans et 9 mois de service mais est atteint d'une invalidité d'au moins 2/3, il bénéficiera du minimum garanti.

Si l'invalidité (ou le décès) est imputable au service, l'ATI est transformée en rente et s'ajoute à la pension. Le total rente + pension ne peut excéder le traitement d'activité. Au besoin, la pension est écartée, ce qui est le plus avantageux puisque la rente est non imposable et réversible aux ayants droit.



© Pivovar

Autres cas de jouissance de retraite anticipée de la pension.

- **Le parent d'un enfant handicapé**  
Le fonctionnaire ou l'OE parent d'un enfant vivant, âgé de plus d'un an et atteint d'une invalidité égale ou supérieure à 80%, peut obtenir la liquidation de sa pension de retraite. Il doit justifier d'une interruption d'activité de 2 mois après la naissance de l'enfant.
- **Le fonctionnaire dont le conjoint est atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable le mettant dans l'impossibilité d'exercer une profession quelconque** peut également bénéficier de la jouissance anticipée de sa pension. S'il a une invalidité d'au moins 60% (fonctionnaires) ou 66,66% (OE), le pourcentage de sa pension sera au moins égal à 50% des émoluments de base.
- **Le fonctionnaire handicapé à 80%, âgé d'au moins 55 ans et totalisant une durée d'assurance fixée par décret**, peut obtenir une pension de retraite majorée.
- **La pension d'orphelin majeur infirme**  
Les enfants qui, au jour du décès d'un de leurs parents, se trouvaient à la charge effective de ce dernier par suite d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité de gagner leur vie, peuvent obtenir ou conserver leur pension d'orphelin au-delà de 21 ans.

Si l'infirmité permanente survient après la mort du fonctionnaire, mais avant l'âge de 21 ans, la pension est également obtenue ou maintenue au-delà de cet âge.

Le montant de la pension est égal à 10% de la pension obtenue ou ayant pu être obtenue par le fonctionnaire au jour de son décès.

Au décès du conjoint du fonctionnaire, la pension principale de 50% est versée à l'orphelin majeur infirme en sus de la pension de 10%.

### ■ La prévoyance de l'invalidité

#### • Capital invalidité permanente

Il existe des contrats qui garantissent un capital à vos proches en cas de décès ou d'invalidité.

De plus, l'espérance de vie s'allongeant, le risque de perdre un jour son autonomie et d'être à la charge de ses proches augmente lui aussi. Il existe donc de nombreux contrats d'assurance dépendance.

## L'incapacité

### ■ Ce à quoi vous pouvez avoir droit

#### • Les droits à congés maladie

On distingue 3 types de congés maladie : le congé maladie ordinaire (CMO), le congé de longue maladie (CLM) et le congé de longue durée (CLD), ou le congé de grave maladie (CGM) pour les agents sur contrat (sous condition d'ancienneté). Selon la gravité de l'affection dont il souffre, l'agent relèvera d'un de ces types de congé.

L'agent en congé maladie est néanmoins considéré comme étant en activité.

Le congé de grave maladie est rémunéré pendant 1 an à plein traitement et 2 ans à demi-traitement.

Pendant un congé de maladie (CMO, CLM, CLD ou CGM), l'agent perçoit un plein ou demi traitement (ou salaire pour les ouvriers). Ce n'est qu'après épuisement des droits à congés rémunérés qu'ils n'ont plus de traitement ou de salaire, ils perçoivent alors soit des indemnités journalières de la Sécurité sociale (IJSS), soit l'AIT, versées par l'administration

pour les fonctionnaires et les ouvriers, par la CPAM pour les agents sur contrat. Le seul cas où un agent ne perçoit rien est lorsqu'il n'a plus droit aux IJSS et que son invalidité ne réduit pas d'au moins 2/3 sa capacité de travail.

Le congé de longue maladie a une durée maximale de 3 ans pour les fonctionnaires : 1 an à plein traitement et 2 ans à demi-traitement (sur une période de 4 ans) + le supplément familial éventuel et l'indemnité de résidence. Pour les ouvriers, le CLM a une durée d'un an : 6 mois à plein salaire et 6 mois à demi-salaire sur une période de 18 mois.

Il est accordé lorsque la maladie présente un caractère invalidant d'une gravité confirmée et nécessitant un traitement et des soins prolongés. Le fonctionnaire qui a repris ses fonctions pendant un an consécutif retrouve tous ses droits. L'ouvrier les retrouve après 6 mois consécutifs d'activité.

Le CLM est attribué lorsque l'agent est atteint d'une affection répertoriée (arrêté du 14 mars 1986) l'empêchant d'exercer son activité de par son caractère invalidant et grave, et nécessitant des soins prolongés. Il est cependant possible que le CLM soit attribué à titre exceptionnel pour une pathologie non répertoriée.

Pour les fonctionnaires, le CLD ne peut intervenir qu'après épuisement des droits à congé de longue maladie rémunéré à plein traitement. Il est attribué

à l'issue du CLM quand le patient est atteint d'une affection relevant de l'un des 5 groupes de maladie suivantes : tuberculose, maladies mentales, infections cancéreuses, poliomyélite, déficits immunitaires graves et acquis. La durée totale du CLD est de 5 ans (sur l'ensemble de la carrière, pour chacun des groupes de pathologie), soit 3 ans à plein traitement et 2 ans à demi-traitement. Durée portée à 8 ans (5 ans à plein traitement et 3 ans à demi-traitement) lorsque la maladie a été contractée en service. Pour les OE, le CLD est d'un an à plein salaire et de 2 ans à demi-salaire.

Temps partiel thérapeutique : à l'issue d'un congé de maladie ordinaire d'au moins 6 mois consécutifs pour une même affection, de longue maladie ou de maladie de longue durée (ou pour accident de service), il peut être accordé au fonctionnaire, pour une durée de 3 mois renouvelable dans la limite d'un an par affection. L'agent perçoit l'intégralité de son traitement en travaillant à temps partiel.

Les agents sur contrat ne peuvent pas bénéficier du temps partiel thérapeutique : ils doivent demander un temps partiel classique rémunéré comme tel, après avoir sollicité le versement d'indemnités journalières complémentaires à leur caisse primaire d'assurance maladie.

### ■ La prévoyance

L'agent est effectivement protégé lorsqu'il est malade. Le salarié du privé doit quant à lui attendre 3 jours sans salaire avant de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Mais qui peut prévoir qu'il ne tombera pas gravement malade et il est bien évident que ne plus toucher que la moitié de son salaire tout en continuant à avoir les mêmes frais fixes peut devenir rapidement problématique. Il convient donc d'être prévoyant.

Ainsi certaines mutuelles peuvent compenser par contrat la perte de revenus liée à une période d'incapacité temporaire.



# La couverture spécifique des militaires



© Jean-Baptiste Tabone / Sipa Terre

A situation particulière, protection particulière. Les spécificités du métier militaire ont généré au fil de l'histoire tout un régime de protection contre les conséquences d'un décès, d'une blessure ou d'une maladie liés au service. Au régime général s'ajoute donc un ensemble de prestations statutaires qui constitue un bloc que vient consolider l'intervention des organismes de protection sociale complémentaire. Ce dispositif peut également être complété par l'intervention d'associations partenaires de la défense. Cet ensemble, toutefois, n'empêche en rien la souscription de contrats adaptés auprès de prestataires spécialisés dans la gestion des risques liés à la vie militaire. Petit tour d'horizon.

## Des risques particuliers

Confrontés à des risques particuliers, les personnels militaires bénéficient d'un dispositif adapté. Ainsi, au plus près du terrain, l'évacuation sanitaire de

l'intéressé - comme son rapatriement éventuel - est-elle prise en compte (avec modulation selon que l'accident, la blessure ou la maladie soient imputables ou non au service).

Il en va de même, en cas de décès, en ce qui concerne le rapatriement du corps, et la participation aux frais d'obsèques. Par la suite, au-delà du capital décès, toute une batterie de dispositifs d'aides financières et non financières - comme la reconnaissance du statut de pupille de la nation, ou le bénéfice d'un emploi réservé pour le conjoint - entrent en jeu selon la situation rencontrée.

## Le capital décès

Il s'agit d'une prestation destinée à compenser la perte de salaire subie par la famille du fait du décès d'un militaire - qu'il soit de carrière ou sous contrat - en activité de service. Il est versé à l'attention du conjoint survivant, et des enfants lorsque ces derniers sont âgés de moins de 21 ans ou sont infirmes. En l'absence de conjoint et d'enfant, les ayants droit sont les ascendants à charge du militaire, qu'ils soient du premier ou - à défaut - du deuxième degré. Le montant du capital décès est fixé à une année de solde correspondant à l'indice détenu à la date du décès. Ce dernier peut être majoré selon le nombre d'enfants ou les circonstances du décès. Ainsi, la somme équivalente à 3% de la solde annuelle correspondant à l'indice 493 (soit un peu moins de 800€) est versée en plus pour chaque enfant. En outre, si le décès est lié à un attentat, à une lutte dans l'exercice de la fonction ou à un acte de bravoure ou de dévouement, les



© Sipa Air

montants de la majoration pour enfant sont triplés et versés en trois parties au cours des trois années suivant le décès.

La répartition du capital ainsi obtenu entre les ayants droit, est, en outre, modulée en fonction de la situation de famille du militaire au jour du décès : un militaire marié non divorcé, non séparé judiciairement et avec enfants à charge ; un militaire vivant seul et sans enfants à charge (mais alors avec ascendants à charge). Seul le cas d'un militaire vivant seul et n'ayant ni enfants, ni ascendant à charge entraîne - et pour cause - la non attribution du capital décès.

### **Les opérations extérieures et délégation de solde**

Toute opération engageant des troupes à l'étranger n'est pas forcément une opération extérieure. Pour cela, elle doit être reconnue comme telle par arrêté. Dès lors, la participation à une opération extérieure ouvre droit à une couverture majorée des risques (article L. 4123-4 du code de la défense). Cette couverture s'applique dès le début de l'opération et jusqu'au retour sur le sol français. La plupart des droits sont mis en œuvre par présomption d'imputabilité

de l'évènement indemnisé au service, ce qui signifie que seule une faute manifeste de la victime, qu'il n'est pas possible de lier à l'exécution du service, peut remettre en cause le bénéfice de ces dispositions. Il en va ainsi de l'attribution de délégations de solde d'office lors du décès ou de la disparition d'un militaire.

Les délégations de solde d'office sont des prestations financières qui peuvent prendre la forme d'une délégation de solde «principale», versée pendant trois mois ou d'une délégation de solde «complémentaire» qui est versée - pour sa part - pendant trois ans. Ces deux types de prestations ont pour objet d'assurer un supplément de revenus à la famille d'un militaire décédé en opération extérieure.

### **Le fonds de prévoyance militaire et de l'aéronautique**

Un fonds de prévoyance militaire et de l'aéronautique a été mis en place - et réformé en 2007 - afin d'améliorer le régime des indemnités. Alimenté par les cotisations des personnels militaires et de certains personnels civils du milieu aéronautique,

il intervient en cas de décès, de blessure ou de maladie (pour ces deux derniers cas, seulement lorsqu'ils entraînent une radiation des cadres). Le régime d'indemnisation varie selon que le décès est imputable ou en relation avec le service (75 % au plus de l'allocation versée au décès imputable au service) et selon que l'intéressé soit officier ou non. Le montant de cette aide est versé à l'attention du conjoint non divorcé, ni séparé judiciairement, mais aussi à l'attention des enfants de moins de 21 ans ou infirmes, ce qui correspond aux cas de versement du capital décès. En ce qui concerne les ascendants, par contre, seuls ceux du premier degré, sont concernés lorsqu'ils remplissent des conditions d'âge (plus de 60 ans pour le père et 55 pour la mère) et de ressources, ces derniers ne devant pas être imposables. Il convient de préciser qu'en complément de cette aide, des allocations - appréciées au cas par cas par la commission du fonds de prévoyance (militaire ou de l'aéronautique) concerné - peuvent être attribuées. En outre, il est à noter que l'intervention du fonds est doublée en cas de réalisation d'un risque exceptionnel spécifique au métier de militaire.

## La pension militaire d'invalidité

Le principe d'une variation de l'aide selon le contexte des événements se retrouve également dans la mise en œuvre de la pension militaire d'invalidité. En effet, les infirmités résultant de blessures reçues par suite d'accidents éprouvés durant une mission opérationnelle sont présumées imputables au service. La notion de mission opérationnelle vise les opérations extérieures, mais pas seulement. Elle concerne aussi, par exemple, les opérations d'assistance à armées étrangères, les missions d'expertise et d'essai ou les opérations de maintien de l'ordre.

Si la pension militaire d'invalidité est liée à des infirmités ou blessures qui sont présumées imputables au service, elle peut être remise en cause par la présence d'une faute de la victime détachable du service. Toutefois, dans ce cadre, la charge de la preuve est renversée, c'est-à-dire que c'est à l'administration de démontrer l'existence de cette faute qui lui permettra de refuser l'indemnisation.





© Jean-Raphael Drahi / Sipra Terre

## La pension militaire de retraite

A noter que si une invalidité - même non imputable au service - entraîne la fin du service actif, le militaire a droit à une pension de retraite. Cette dernière est cumulable, s'il y a lieu, avec une pension militaire d'invalidité.

## La pension de réversion

En cas de décès, une pension de réversion peut être accordée à la veuve. Cette pension est cumulable le cas échéant avec une pension dite de veuve accordée au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (PMIVG). Les ayants cause d'une pension de réversion sont le conjoint survivant (si ce dernier est divorcé tant qu'il ne sera pas remarié, en concubinage notoire ou partenaire d'un PACS) et les orphelins jusqu'à l'âge de 21 ans ou sans considération d'âge s'ils sont invalides. A noter que lorsqu'il existe des conjoints successifs, la pension est alors répartie en fonction des durées respectives des mariages.

La pension de réversion est, en outre, majorée dans certains cas particuliers, que sont le décès résultant d'un attentat, une lutte dans l'exercice de ses fonctions, un acte de dévouement dans un intérêt public ou pour sauver la vie de plusieurs personnes, ainsi que dans le cas du décès d'un militaire de la brigade des sapeurs pompiers de Paris tué dans l'exercice de ses fonctions et cité à l'ordre de la nation.

## L'intervention des organismes de protection sociale complémentaire

A cet ensemble s'ajoutent les prestations offertes par les organismes de protection sociale complémentaire. Ces dernières pourront prendre des formes différentes à commencer par la participation aux frais médicaux ou appareillage et, en cas de décès du militaire, au maintien du conjoint, du concubin ou du partenaire de PACS en tant que bénéficiaire avec une cotisation préférentielle. En outre leur action peut concerner le versement d'une garantie décès, la participation aux frais d'obsèques, l'attribution d'aides (une allocation aux orphelins à l'occasion de la rentrée scolaire, par exemple), ou le bénéfice des prestations de complémentaire santé à titre gratuit aux orphelins jusqu'à leur majorité.

## Les associations

Différentes associations liées à la défense peuvent également apporter un soutien aux familles lors de la réalisation de circonstances douloureuses (Cf. BuS n°69 d'avril 2007).

## Les organismes d'assurance personnelle

Pour autant, et malgré l'impression de foisonnement de prestations, dispositifs et allocations que peut laisser cette énumération, il est important d'examiner avec attention l'éventualité d'une démarche personnelle de souscription d'un contrat complémentaire auprès d'organismes spécialisés dans la couverture des risques des militaires.

*Laurent Chassard*

# Un Pôle d'accueil social



© R. Pellegrino (ECPAD)

Inauguré le 27 janvier 2009 par Monsieur Hervé Morin, ministre de la défense, le Pôle d'accueil social de la défense (PASD) en Ile-de-France a ouvert officiellement ses portes au public le 2 février. Il est situé au 8 boulevard Victor à Paris 15<sup>e</sup>. La première pierre de cette très belle réalisation a été posée le 17 septembre 2008 par monsieur Jacques Roudière, directeur des ressources humaines du ministère de la défense. Les travaux ont été accomplis en un temps record puisque les locaux ont été réceptionnés le 31 décembre suivant. Le PASD est la réponse appropriée pour que tous les personnels militaires et civils, ainsi que leur famille, arrivant en Ile-de-France trouvent au sein d'une structure administrative unique les principaux acteurs qui faciliteront l'insertion professionnelle et familiale de chacun d'entre eux.

■ Le pôle d'accueil vous offre les prestations suivantes :

- rencontrer un assistant de service social, professionnel spécialisé, soumis au secret professionnel.

Sa mission est de faciliter la vôtre. Cela se traduit par un accueil personnalisé, une écoute attentive, une information rigoureuse et une orientation pertinente, afin de favoriser votre insertion dans votre nouvelle affectation en Ile-de-France et permettre à chacun de maintenir ou de retrouver l'équilibre dans sa vie professionnelle, personnelle et familiale ;

- recevoir l'aide du bureau interarmées du logement en région Ile-de-France (BILRIF) pour vous aider à faciliter votre recherche de logement ;
- réserver vos vacances à l'étranger et tous vos billets de spectacles et de loisirs à tarifs privilégiés avec l'IGeSA ;
- rencontrer deux associations de conjoints (ANFEM et ARIA) pour accompagner l'installation de votre famille ;
- visiter la fédération des clubs sportifs et artistiques de la défense (FCSAD) pour faciliter vos formalités d'adhésion et vous renseigner sur les activités déployées en Ile-de-France.

Le PASD vous informe également sur les concours pour le recrutement du personnel civil de la défense.

## ■ Contacts

- Chef de Pôle : M. Grimaud 01 57 24 83 65
- Assistant de service social : M. Gautron 01 57 24 83 85
- Accueil : 01 57 24 83 67 et 83 69
- Accueil BILRIF : 01 57 24 83 64
- Accueil IGeSA : 01 57 24 83 70 et 83 71
- Accueil FCSAD : 01 57 24 83 89
- ARIA Permanence : 01 57 24 83 88
- ANFEM Permanence : 01 57 24 83 87
- Bureau des concours : 01 57 24 77 03

## Les aides à la mobilité

- L'aide à la reconnaissance d'une première ou d'une nouvelle affectation permet au conjoint d'un ressortissant muté ou affecté à la suite d'un recrutement ou d'un concours par la défense, de l'accompagner lors d'un déplacement pour s'informer sur leurs conditions de vie familiale et professionnelle (contactez le service social de votre emprise).
  - Prise en charge des frais de déménagement constituée par une indemnité forfaitaire de changement de résidence (ICR) versée à l'agent à l'occasion d'une mobilité sous réserve du transfert de la résidence familiale (contactez votre service de paye).
- Le prêt mobilité est accordé à tout personnel en faisant la demande (taux d'endettement maximum de 33% des ressources du ménage) et affecté suite à recrutement par le ministère de la défense ou une mutation.  
Télécharger les imprimés sur le site Intranet du SGA : [www.sga.defense.gouv.fr](http://www.sga.defense.gouv.fr) rubrique «action sociale».
- Le prêt mobilité interministériel destiné aux personnels civils nouvellement affectés (conditions de ressources) ou ayant dû changer de résidence suite par exemple à une promotion, à l'accomplissement de la durée maximale d'occupation de leur emploi précédent (article 18 du décret du 28 mai 1990).  
Contact Internet : [www.premobilite.fr](http://www.premobilite.fr) et au 0810 600 176.
- Le prêt caution est destiné à aider le ressortissant (civil ou militaire) à verser un dépôt de garantie pour la location de son nouveau logement.  
Téléchargez l'imprimé sur le site Intranet du SGA.
  - L'aide à l'installation des personnels civils est accordée à l'agent ayant réussi un concours externe, interne ou 3<sup>e</sup> concours ou exerçant la majeure partie de ses fonctions dans une Zone urbaine sensible (ZUS).  
Elle est soumise à conditions d'indice et de revenus.  
Téléchargez les formulaires sur le site Intranet du SGA.

# Convention avec l'ANFEM et l'ARIA



© DR

Le nombre d'associations bénéficiant d'une convention de soutien à titre gratuit est réduit. C'est donc une reconnaissance particulière qu'a témoigné le ministre de la défense en septembre 2008 en présidant une cérémonie dédiée à cet accord signé il y a un peu plus d'un an entre le ministère et l'association nationale des femmes de militaires (ANFEM) et l'association de réflexion, d'information et d'accueil des familles de militaires en activité (ARIA).

Depuis près d'un an, l'ANFEM et l'ARIA appartiennent au cercle très fermé des associations ayant signé une convention générale de soutien gratuit (FCSAD, ANFEM, ARIA). Un événement qui a fait l'objet - en septembre dernier - d'une cérémonie dans les salons de l'hôtel de Brienne, en présence de monsieur le ministre de la défense et des plus hauts représentants du ministère.

Par ce document, le ministère de la défense s'engage à soutenir financièrement et matériellement les actions conduites par ces deux

associations, en leur accordant la mise à disposition d'un agent à titre gratuit, l'usage de matériels et de véhicules du ministère, ainsi que l'exonération des frais d'entretien et de fonctionnement de leurs locaux (les deux sièges parisiens, ainsi que les locaux de province pour l'ANFEM).

L'ANFEM et l'ARIA sont des partenaires privilégiés du ministère. Elles entretiennent des liens étroits avec le réseau social, et apportent leur connaissance du terrain en ce qui concerne les problèmes liés aux mutations, à la recherche d'un emploi pour le conjoint ou à la garde d'enfants. Elles sont un lieu de rencontre, de parole et d'échange qui apporte un soutien important aux familles arrivant sur une nouvelle affectation (cf. BuS n°69 d'avril 2007), ce qui prend une résonance toute particulière dans le contexte actuel de profonde réorganisation.

Leur action vise aussi à l'ouverture sur la société au travers de leur site Internet, de partenariats avec d'autres associations - civiles, mais aussi du monde de la défense comme l'association Solidarité défense, ou avec l'association pour le développement des œuvres d'entraide dans l'armées (ADO) sans omettre les échanges avec des femmes de militaires d'autres pays.

Autant d'initiatives qui trouvent des résultats concrets comme le développement de points relais pour l'information des conjoints en ce qui concerne l'ANFEM, ou la mise en place d'un réseau d'assistantes maternelles à Strasbourg pour l'ARIA.

*Laurent Chassard*

# Prêt complémentaire pour les affiliés aux fonds de prévoyance



© Piron

© IGeSA

Au cours du dernier conseil de gestion de l'Institution de gestion sociale des armées (IGeSA) qui s'est tenu à Paris le 18 décembre 2008, la participation de l'institution au dispositif «prêts fonds de prévoyance» visant la distribution de prêts complémentaires au profit des personnels militaires affiliés au fonds de prévoyance et de l'aéronautique, a été concrétisée par la signature d'une convention de gestion entre le ministère de la défense, représenté par son secrétaire général pour l'administration, M. Piotre, l'établissement public «fonds de prévoyance», représenté par son directeur M. Chassagne et l'Institution de gestion sociale des armées représentée par son administrateur, M. Crédeville.

Ce dispositif qui prévoit la délivrance, à depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009, d'un prêt complémentaire de 5 000€ au prêt d'accession à la propriété de l'action sociale de la défense de 11 000€, au profit des personnels affiliés aux fonds de prévoyance militaire ou de l'aéronautique, a été intégré dans le 4<sup>e</sup> modificatif du 5 février 2009 à la circulaire n° 500755 DEF/SGA/DFP/AS/IR du 4 février 2003 relative aux prêts de l'action sociale.



INFOS

Pour en savoir plus sur les aides aux propriétaires (prêt d'accession à la propriété, prêt complémentaire au prêt d'accession à la propriété et prêt de financement de travaux), n'hésitez pas à vous connecter au site Intranet :

<http://www.sga.defense.gouv.fr> à la rubrique «action sociale» / «prestations familiales et sociales» / «prestations sociales» et enfin «accession à la propriété».

Vous y trouverez tous les renseignements voulus et pourrez y télécharger circulaire et imprimés.

# Protection sociale du militaire à l'étranger



© ECPAD

La protection sociale du militaire et de sa famille en France se révèle différente lorsque le militaire exerce ses fonctions à l'étranger avec des particularités pour la zone UE-EEE-Suisse (Union Européenne - Espace Economique Européen) ou dans les collectivités d'outre-mer (COM).

Les départements d'outre-mer (Guyane, Guadeloupe, Martinique, La Réunion) ne sont pas concernés puisque, hormis les tarifs, la protection sociale est la même qu'en métropole.

## Mission ou affectation à l'étranger

Le militaire en service ou en mission à l'étranger et ses ayants droit bénéficient auprès de la

Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) des prestations en nature de l'assurance maladie maternité dans les conditions et selon les tarifs de remboursement prévus en faveur des ressortissants du régime général détachés à l'étranger.

### ■ Démarches à accomplir avant le départ

Oublier d'accomplir certaines démarches avant un départ peut s'avérer lourd de conséquences.

**Le militaire affecté** à l'étranger doit signaler sa nouvelle adresse à la CNMSS - Bureau Prestations Particulières (BPP) - avant le départ. Les membres de sa famille, autorisés à faire le déplacement à l'étranger, peuvent relever d'un autre régime de Sécurité sociale. Le militaire doit alors contacter le Service identification de la CNMSS pour que leurs droits soient étudiés. A noter que le conjoint retraité qui suit le militaire affecté à l'étranger ne restera couvert par la CNMSS que pour les soins en France.

La personne qui suit un **traitement médical** peut obtenir en une seule fois une quantité de médicaments supérieure à 1 ou 3 mois sous réserve d'obtenir l'accord

des services médicaux de la CNMSS.

La couverture légale, basée sur les tarifs de responsabilité applicables en France, peut se révéler parfois insuffisante pour des frais engagés dans certains pays où le coût des pratiques médicales est élevé ou en cas d'évacuations sanitaires. Il est recommandé de prévoir une couverture complémentaire (mutuelle ou assurance).

### ■ Prise en charge des frais de soins sur le lieu d'affectation ou de mission

Le militaire doit faire remplir par les professionnels de santé **la feuille de soins** - référence Cerfa 11790\*01 (à télécharger sur le site [www.cnmss.fr](http://www.cnmss.fr) ou à demander au BPP). Elle doit être dûment complétée, signée et accompagnée des pièces justificatives des dépenses originales. **La carte Vitale est inutile à l'étranger.**

**Le militaire en mission** doit préciser les lieux et dates de la mission lors de l'envoi des demandes de remboursement.

Trois principes régissent le remboursement des soins :

- le montant total du remboursement ne peut être supérieur à

celui attribué pour les mêmes soins en France ;

- pas de tiers payant, l'assuré doit faire l'avance des frais<sup>(1)</sup> ;
- le remboursement intervient dans la double limite des dépenses engagées et des tarifs de responsabilité applicables en métropole ou de forfaits déterminés par arrêté interministériel.

Sauf exonération, les **taux de remboursement** sont identiques à ceux appliqués en France à l'exception des médicaments et des analyses (65%).

#### *Hospitalisation*

Le règlement intervient dans la double limite du total des sommes facturées et des prix de journée tout compris prévus pour les établissements relevant de l'assistance publique des hôpitaux de Paris, minorés de 30%.

Le forfait journalier n'est pas appliqué à l'étranger.

#### *Transports et évacuations sanitaires*

Seuls les frais de transport exposés **dans le pays d'affectation ou de mission** peuvent donner lieu à remboursement. Les frais d'évacuation sanitaire vers la France ne sont remboursables, à titre dérogatoire, qu'en cas d'accident grave ou en présence de



© Phanoir

phase aiguë d'une maladie survenue inopinément, ne pouvant être traité(e) sur place et nécessitant une hospitalisation en France.

#### *Pharmacie*

Elle est prise en charge sur la base du prix facturé que le médicament soit ou non remboursable en France sans fournir les vignettes.

#### *Honoraires*

Les honoraires des praticiens, des auxiliaires médicaux et de biologie médicale sont pris en charge sur la base des tarifs conventionnels en vigueur en France.

#### ■ Remboursement des frais de soins hors du pays d'affectation ou de mission

Les soins dispensés dans un autre pays étranger que celui d'affectation ou de mission sont remboursables de la même manière que les soins dispensés dans le lieu d'affectation ou de mission.

Le militaire affecté à l'étranger et

ses ayants droit qui résident avec lui ne sont pas concernés par le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonné. En cas de séjour temporaire en France pendant l'affectation, les intéressés préciseront au médecin qu'ils résident à l'étranger. En revanche, les ayants droit restés en France sont tenus de déclarer leur choix d'un médecin traitant et sont soumis aux règles du parcours de soins.

#### ■ Particularités

Le militaire affecté, en mission ou en escale dans la zone UE-EEE-Suisse est pris en charge dans le cadre des règlements communautaires.

Il reste affilié à la CNMSS mais obtient le service des prestations par l'institution du lieu de résidence, dans les mêmes conditions que les nationaux du pays. Il peut aussi s'adresser directement à la CNMSS. Le règlement intervient alors dans les mêmes conditions et selon les tarifs appliqués dans les pays hors zone UE-EEE-Suisse (pas de tiers payant, tarifs métropolitains...).

La CNMSS demeure aussi compétente pour les soins en France et dans les pays étrangers autres que celui d'affectation ou de mission ou encore dans le cas de consultation d'un médecin militaire français.

**En cas d'affectation**, le militaire demande au BPP de la CNMSS la délivrance **d'un formulaire E106** (valable 1 an, à renouveler 2 mois avant échéance).

(1) Exceptions : Centre de consultations interarmées (CCIA) de Dakar, Groupement médico-chirurgical (GMC) Bouffard de Djibouti et Polyclinique El-Rapha de Libreville au Gabon



© Phovoir

Dès son arrivée à l'étranger, il remet l'imprimé en double exemplaire à l'organisme local de protection sociale et se renseigne auprès de celui-ci pour connaître ses droits et obligations au regard de la législation étrangère.

L'institution locale le prend en charge, pour le compte de la caisse militaire, en appliquant sa propre législation, y compris pour la reconnaissance de la qualité d'ayant droit.

**En cas de courte mission ou de séjour à titre privé pour lui et ses ayants droit**, le militaire demande à la CNMSS la délivrance d'une **carte européenne d'assurance maladie** (militaire affecté en Allemagne et se rendant momentanément en Italie par exemple).

### Mission ou affectation dans une collectivité d'outre-mer

#### ■ Polynésie française

Le militaire peut s'adresser indifféremment à la CNMSS qui

procède au remboursement sur la base des tarifs et taux applicables aux militaires affectés à l'étranger ou à la **Caisse de prévoyance sociale** (CPS) qui sert les prestations selon sa propre réglementation pour le compte de la Cmss sur présentation des formulaires SE980-04 (à demander à la CNMSS) et SE980-02 (s'adresser aux services administratifs de l'unité).

La CPS rembourse au taux de 80% des tarifs de responsabilité en vigueur en Polynésie ou à 100% dans certains cas (hospitalisation, soins en relation avec la maternité ou la longue maladie). Elle ne prend pas en charge les frais de vaccinations, ni de prothèses dentaires, ni d'optique sauf dans de très rares cas. Ces dossiers sont à adresser directement à la CNMSS.

En cas de séjour occasionnel hors de Polynésie, le droit d'option demeure.

#### ■ Nouvelle-Calédonie

Le droit du militaire varie selon la durée de son séjour.

**Mission d'une durée inférieure ou égale à 6 mois** : il peut demander à bénéficier des prestations :

- soit auprès de la CNMSS qui servira les prestations comme s'il s'agissait d'un militaire en service à l'étranger,
- soit auprès de la Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents de travail et de prévoyance des



© Phovoir

travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT) qui le prendra en charge selon sa propre réglementation pour le compte de la CNMSS, sur présentation des formulaires SE988-01 et SE988-07 (à demander à BPP). Les taux de remboursement sont plus faibles qu'en France (40% pour les consultations ou les soins dentaires par exemple).

**Affectation d'une durée supérieure à 6 mois** : avant de partir, prendre contact avec le Service d'identification de la CNMSS.

Le militaire, ainsi que ses ayants droit, qu'ils résident ou non avec lui, sont affiliés au régime unifié d'assurance maladie maternité géré par la CAFAT y compris lorsqu'ils se déplacent hors de Nouvelle-Calédonie. La CNMSS s'est portée volontaire pour assurer le service des prestations en France, pour le compte de la CAFAT, en cas de séjour temporaire pendant l'affectation (demander à la CAFAT un formulaire SE988-

03), ou pour les ayants droit restés en France (demander à la CAFAT le formulaire SE988-05).

En cas de séjour à l'étranger, la CAFAT peut prendre en charge les dépenses d'hospitalisation occasionnée par des soins imprévus et urgents. Les soins hors hospitalisation ne sont pas remboursés et il est conseillé de souscrire une assurance.

#### ■ Mayotte

La CNMSS assure directement la prise en charge de ses ressortissants (militaires en mission et retraités). Le militaire affecté et ses ayants droit majeurs qui résident avec lui doivent relever de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM). Hormis les tarifs, les modalités de remboursement sont identiques à la métropole. La CNMSS prend en charge, à titre transitoire, les frais de soins reçus par les ayants droit restés en France du militaire affecté à Mayotte.



© Photoir

#### ■ Saint-Pierre-et-Miquelon

Le militaire affecté sur l'archipel, ainsi que ses ayants droit vivant ou non avec lui, sont rattachés au régime de protection sociale géré par la caisse de prévoyance sociale (CPS) locale. Ils sont exclus du champ d'application de la CNMSS, y compris pour les soins dispensés hors archipel (dont la France).

Sauf exception, le militaire en mission n'est pas couvert par la CNMSS.

#### ■ Wallis-et-Futuna, Terres australes et antarctiques françaises (TAAF)

Le militaire affecté ou en mission dans ces collectivités ne peut bénéficier auprès de la CNMSS de la prise en charge des soins reçus sur place. Il conserve pour lui-même et ses ayants droits le bénéfice des prestations servies par la CNMSS pour les frais de soins engagés en France. Des exceptions sont toutefois prévues.

#### ■ Le militaire embarqué sur un bâtiment de la marine nationale

(mission au départ du territoire métropolitain, d'un DOM ou de Polynésie française) est considéré comme un militaire en mission à l'étranger y compris lors des escales dans les COM.

### Retour en France du militaire affecté

**Dès son retour, le militaire doit faire connaître à la Cnmss sa nouvelle adresse en France et déclarer le médecin traitant pour lui-même et ses ayants droit âgés de 16 ans ou plus.**



© Photoir

# Vaccination

## à l'occasion d'une mutation outre-mer ou à l'étranger

L'affectation outre-mer ou à l'étranger nécessite souvent une mise à jour des vaccinations.

Lorsque les vaccins, obligatoires et/ou recommandés pour se rendre dans la région d'affectation, ne sont pas inscrits sur la liste des vaccins remboursables par l'assurance maladie, leur prise en charge intervient de façon différente selon qu'il s'agit de l'assuré ou de ses ayants droit.

Dans certains cas, ces vaccins peuvent être remboursés par la CNMSS, sur son budget prévention.

### ■ S'agissant de l'assuré militaire

En règle générale, les vaccins sont effectués par le Service de santé des armées, qui en assure la charge.

### ■ S'agissant des ayants droit

- Si ces derniers rejoignent le militaire sur son lieu d'affectation uniquement pour une période de vacances, le séjour sera considéré comme un séjour d'agrément. Dans ce cas, les frais de vaccination sont à leur charge.

- Si la famille part avec le militaire. Pour les conjoints qui sont ayants droit sur le compte du militaire ainsi que pour les enfants : les frais de vaccination sont remboursés par la CNMSS.

Pour les conjoints qui relèvent d'un organisme de sécurité sociale autre que la CNMSS : Tous les vaccins effectués avant le départ (ou dans l'année qui suit la cessation d'activité en cas de mutation dans un département d'outre-mer), demeurent à leur charge.

En revanche, pour ces mêmes conjoints, les vaccins ou rappels éventuels effectués après leur arrivée sur le sol d'un pays étranger\* pourront faire l'objet d'une prise en charge par la CNMSS.

### Prévention des maladies transmises par les moustiques

#### ■ Répulsifs cutanés

La CNMSS a décidé de rembourser une boîte (ou un flacon ou un tube) de répulsif cutané par mois pendant 3 mois pour chacun des membres de la famille (assuré et ayants droit), dès l'affectation dans une zone impaludée, ou

à risque de dengue ou de chikungunya.

Pour être pris en charge, ces produits doivent obligatoirement être inscrits sur une liste de répulsifs cutanés, établie par l'AFSSAPS ([www.cnmss.fr](http://www.cnmss.fr)).

#### ■ Traitement antipaludéen

Le traitement des militaires envoyés en mission en zone impaludée est assuré par le Service de santé des armées.

La CNMSS et les mutuelles militaires (CNG-MG, MAA, MNM) prennent en charge à 100% le traitement des ayants droit autorisés à suivre l'assuré (mêmes conditions que pour les vaccinations).

Si la famille ne relève pas d'une mutuelle sus citée, seule la participation de la CNMSS est versée (70%).

Pour plus de renseignements, contacter le pôle prévention de la CNMSS :

04 94 16 36 55 / 04 94 16 39 65  
04 94 16 96 99.

Mél : [serviceprevention@cnmss.fr](mailto:serviceprevention@cnmss.fr)

\* Sous réserve que les démarches relatives à la reconnaissance de la qualité d'ayant droit aient préalablement été effectuées auprès de la CNMSS.

# Un dispositif pour tous les locataires



© Phovoir

Le dispositif LOCA-PASS permet de faciliter l'accès ou le maintien dans un logement locatif.

Il peut revêtir deux formes (distribuées par les organismes du 1% logement) :

- une avance finançant le dépôt de garantie lors de l'entrée dans les lieux du locataire. Fin 2007, l'Etat et l'Union d'économie sociale pour le logement (UESL) ont signé une convention afin de faire bénéficier l'avance LOCA-PASS à l'ensemble des agents employés par une des trois fonctions publiques (Etat, collectivités territoriales et établissements hospitaliers). Ainsi, les ressortissants du ministère de la défense, titulaires d'un bail à compter du 9 février 2008, peuvent bénéficier de cette avance dès lors qu'ils

remplissent les conditions d'attribution qui sont les suivantes : être titulaire d'un bail à compter du 9 février 2008, que le logement soit du parc privé ou social, et quel que soit l'âge ou la situation professionnelle du titulaire du bail. Il ne faut pas non plus bénéficier d'une autre avance LOCA-PASS en cours de remboursement et ne pas avoir déposé de dossier en commission de surendettement.

Cette avance permet de financer le dépôt de garantie demandé par le bailleur par l'octroi d'un prêt à 0%, dans la limite de 2 300€.

Le remboursement de ce prêt peut se faire dans les 3 mois ou pour une durée de 36 mois au-delà de la période de différé. La mensualité doit être de 15€ minimum (sauf la dernière).

En cas de départ du logement avant 3 ans, le prêt devra être remboursé dans un délai de 3 mois à compter du départ. A la fin de la location, le bénéficiaire récupère auprès de son bailleur la totalité du dépôt de garantie, déduction faite des éventuels travaux de remise en état du logement en cas de dégradation.

- une garantie sous la forme d'une caution solidaire gratuite donnée au bailleur pendant une durée de 3 ans à compter de l'entrée dans les lieux du locataire. Elle peut couvrir jusqu'à 18 mensualités de loyers et charges.

Pour la fonction publique, les bénéficiaires de cette garantie sont les jeunes âgés de moins de 30 ans non titularisés. Elle est réservée aux militaires sous contrat, âgés de moins de 30 ans.

Elle est aussi destinée aux jeunes de moins de 30 ans en premier emploi ou à la recherche d'un emploi, les étudiants boursiers, les salariés d'une entreprise du secteur privé, les salariés d'un organisme ou d'une entreprise du secteur public cotisant au 1% logement.

Le bénéficiaire peut cumuler cette garantie avec celle apportée par une personne physique ou une personne morale. La garantie LOCA-PASS peut, sous certaines conditions, se cumuler avec l'avance LOCA-PASS.

Sandrine Léonardon

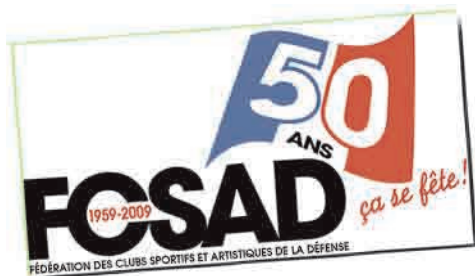
# FCSAD : un demi-siècle déjà

Les 5 et 6 mars derniers, la fédération des clubs sportifs et artistiques de la défense a fêté son premier demi-siècle. L'occasion pour le BuS de rendre hommage à ce partenaire privilégié du ministère de la défense dans le domaine de l'environnement humain.

## Un anniversaire à part

Il y a cinquante ans était créée l'union fédérale des clubs de la défense nationale et des forces armées, devenue en 1992 la fédération des clubs sportifs et artistiques de la défense (FCSAD). Anniversaire, auquel deux journées ont été spécialement consacrées, les 5 et 6 mars dernier, Halle Carpentier et au comité national olympique et sportif français (CNOSF), dans le XIII<sup>e</sup> arr. à Paris.

La première de ces journées était destinée à mieux connaître la FCSAD, par le biais d'une après-midi consacrée à des démonstrations de différentes disciplines proposées par les clubs sportifs et artistiques de la défense (judo, karaté, et savate avec la participation de Bryan Charge, champion du monde de la discipline).



## Un partenariat de longue date

L'action de la FCSAD s'adresse aux agents en activité du ministère de la défense, mais également aux enfants et aux conjoints, sans oublier les retraités. Ces derniers constituent souvent l'essentiel du contingent de bénévoles et de l'encadrement que comptent les clubs. Les clubs sont également ouverts aux personnes civiles extérieures à la défense.



Un match de basket a ensuite opposé une sélection de la FCSAD à une sélection de l'armée de l'air, puis de l'armée de terre.

Le lendemain a connu un temps fort avec le discours du ministre de la défense. Un nouveau comité directeur a été élu et le général Béhotéguy a été reconduit dans son mandat de président de la fédération.

Avec 474 clubs rassemblant près de 201 300 adhérents, la FCSAD s'est donné pour mission d'offrir l'accès le plus large possible à une palette d'activités sportives et culturelles. Elle s'appuie sur le lien très étroit avec le ministère de la défense qui lui permet d'utiliser ses moyens et installations. En outre, toutes les activités sont encadrées par du personnel habilité et garantissent aux adhérents



© Phovoir

le bénéficie d'une assurance spécifique. Un ensemble très attractif qui fait, de plus, l'objet de tarifs très compétitifs.

Il est alors aisé de comprendre le rôle des clubs sportifs et artistiques en matière de lien social et de cohésion. Lien d'autant plus important au sein d'un ministère où la mobilité est très présente.

### Des interventions multiples

L'action de la FCSAD prend des formes variées, qui sont bien souvent méconnues.

Agréée par le ministère de la jeunesse et des sports, et membre du comité national olympique et sportif français (CNOSF), la FCSAD est la structure d'accueil des sportifs de haut niveau ayant un contrat de personnel civil de la défense.

La FCSAD s'engage en faveur de la pratique sportive des personnes handicapées, et accueille le club sportif de l'Institution nationale des Invalides qui lui est rattaché.

Au travers de l'organisation de manifestations culturelles et sportives nationales en partenariat avec des collectivités locales et les fédérations, la FCSAD participe activement au lien armées-nation. Ainsi, 27 championnats sportifs nationaux, 16 salons artistiques nationaux et régionaux, un salon national de sculpture et de peinture des armées, un concours littéraire, et une rencontre nationale de théâtre font de la FCSAD un acteur majeur du monde associatif. 26 conventions ont été conclues avec des fédérations sportives et 6 autres passées avec des fédérations culturelles. Une place privilégiée qu'illustre également la mise en place de formations en liaison avec le centre national des sports de la défense



© Phovoir

(CNDS) au profit des dirigeants et des animateurs (3 000 journées de formation en 2008).

La FCSAD est la structure associative retenue pour proposer des activités sportives et culturelles aux jeunes gens accueillis au sein des «centres défense deuxième chance». 6 clubs ont été mis en place dans le cadre de ce dispositif qui s'adresse aux jeunes volontaires de 18 à 21 ans identifiés lors des JAPD comme étant en difficulté scolaire et sociale.

Elle assure la couverture juridique des participants aux sections «cadets de la défense» qui ont par ailleurs été affiliées (5 à ce jour). Le dispositif des cadets de la défense a pour objet de favoriser la mixité sociale et la connaissance du monde militaire par la rencontre de jeunes volontaires de 14 à 16 ans au sein de groupes rattachés à une unité d'active et encadrée par des réservistes.

Au service du ministère comme de chacun de ses agents, la FCSAD et ses clubs sportifs et artistiques (CSA) vous attendent. Les bénévoles qui les font vivre seront heureux de vous accueillir - ainsi que votre famille - pour pratiquer une activité, tisser des liens, vivre au mieux l'arrivée sur une nouvelle affectation. Alors, à l'occasion des cinquante ans de la FCSAD, pourquoi ne pas aller à la rencontre du CSA de votre organisme ?

*Laurent Chassard*