

Réunion du 20 Septembre 2013

La réunion a lieu au 139 rue de Saussure dans le 17^{ème} arrondissement de Paris, dans la salle du conseil d'administration du Régime Social des Indépendants. Pour cette réunion, le quorum n'est pas atteint (18 membres sont présents).

Ordre du jour de la réunion :

- Mot d'accueil de notre hôte
- Approbation du compte-rendu de la réunion du 12 juillet 2013
- Modification du règlement intérieur de la Conférence concernant la composition du bureau
- Réflexion sur les thèmes de travail de l'année 2013-2014
- Intervention de la DT 75 :
 - o Réponse de l'ARS aux propositions de la Conférence pour le PRS
 - o Retour sur la déclinaison territoriale du PRS
 - o Actualités
- Un exemple de décroisement : « proposition d'expérimentation d'un dispositif d'accompagnement de retour à domicile de personnes âgées en sortie d'un service d'urgence » par Vincent Kaufmann (Fondation Hospitalière Sainte-Marie)
- Actualités de la CRSA
- Conclusion

- **Mot d'accueil de notre hôte.**

Le Dr Guimond, médecin conseil pour le Régime Social des Indépendants (RSI), accueille les membres de la conférence. Le RSI a été créé en 2006, son but était de fusionner plusieurs caisses et devenir un interlocuteur social unique pour les indépendants. Celle-ci nous explique que le RSI s'occupe des artisans, des commerçants et des professions libérales. Sur le lieu de réunion sont reçus les artisans et commerçants des départements de Seine Saint Denis et de Paris. Il existe aussi d'autres caisses à Levallois Perret, à Dammarie-les-Lys.

- **Approbation du compte-rendu de la réunion du 12 juillet 2013**

Le compte rendu est approuvé.

- **Modification du règlement intérieur de la Conférence concernant la composition du bureau**

En constatant que le quorum n'est pas atteint, le Dr Cacot décide de convoquer immédiatement une nouvelle réunion afin que les membres présents votent la modification du règlement intérieur. Sans que le quorum soit nécessaire ainsi que le prévoit le règlement intérieur de la conférence (article) Cette nouvelle convocation est distribuée sur le champ aux membres présents, avec l'ordre du jour.

Trois postes sont à pourvoir au bureau de la conférence, dont le poste de vice président. Cette année, M. Loup s'est particulièrement impliqué dans les derniers travaux et souhaiterait intégrer le bureau. Cependant, le règlement intérieur oblige à ce que les quatre membres du bureau hors les quatre membres issus du collège des usagers (collège 8), soient issues de collèges différents. Or, un membre du collège 4 (Représentants des professionnels de santé libéraux et des internes en médecine) est déjà présent au bureau. Une modification du règlement intérieur est donc demandée par le bureau de la conférence qui appuie la candidature de M. Loup.

Ainsi l'article de départ stipule que « *Le bureau de la Conférence de Territoire est composé du Président, du vice-président et d'au plus huit membres élus, dont au moins deux représentants de chacune des catégories de membres issus du collège mentionné au 8° de l'article D-1434-2 du code de la santé publique. S'agissant des 4 autres membres ils doivent être de collèges différents du collège 8 et de collèges différents entre eux. Sont élus les candidats ayant obtenus le plus grand nombre de voix au sein de chaque collège. En cas d'égalité entre deux candidats, est élu le plus âgé. Les votes s'effectuent à bulletin secret ou par voie électronique (boitiers de vote par exemple). Seules les personnes présentes peuvent voter, le vote par correspondance n'est pas autorisé* ».

La modification suivante est proposée « *Le bureau de la Conférence de Territoire est composé du Président, du vice-président et d'au plus huit membres élus, dont au moins deux représentants de chacune des catégories de membres issus du collège mentionné au 8° de l'article D-1434-2 du code de la santé publique. S'agissant des 4 autres membres ils doivent être de collèges différents du collège 8 et si possible en priorité de collèges différents. En effet, sont élus les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix.[...]. En cas d'égalité entre deux candidats, le candidat élu sera celui émanant d'un collège différent des collèges déjà représentés au bureau. Au cas où ce point ne permettrait pas de départager deux candidats est élu le plus âgé. Les votes s'effectuent à bulletin secret ou par voie*

électronique (boitiers de vote par exemple). Seules les personnes présentes peuvent voter, le vote par correspondance n'est pas autorisé. »

Le vote se fait à main levée. La modification est adoptée par les 18 membres présents.

- **Réflexion sur les thèmes de travail de l'année 2013-2014**

Le Dr Cacot énonce les différents thèmes que le bureau de la conférence propose pour l'année 2013-2014, sachant que tous les thèmes ne pourront être traités !

L'offre de soins

Exercice collectif et reconstruction de la ligne de premier recours

L'hospitalisation à domicile

Interventions de la DT75 et de l'ARS IDF

Le transfert des tâches

Retour sur le schéma de démocratie sanitaire

Différents acteurs du monde de la santé

Les actions de la CPAM en matière de santé

Travaux de l'ORS

Les actions de santé financées par le Conseil Régional

Le travail des religieux auprès des populations désorientés

Les expériences à l'étranger

Le « médico-social » en Belgique

Organisation de l'offre en Grande Bretagne

Les expériences dans les pays scandinaves

La psychiatrie

Psychiatrie : CLSM

Les urgences psychiatriques

La CHT

Les personnes âgées

La personne âgée vieillissante

Vieillir chez soi à Paris est ce possible?

La transhumance Paris-petite couronne-grande couronne dans le médico-social

Actualités du territoire parisien

Les plans de crises sur Paris

Les salles de consommation à moindre risques

Retour sur le travail de la Conférence

Retour sur la périnatalité

Retour sur les thèmes issus des propositions de la CT

Retour sur la médecine du travail

Retour sur les soins non programmés : évaluation de la réponse du 15 comme plate-forme unique de régulation

Une nouvelle rubrique

Passerelles et décroissements : quelles expériences pilote a-t-on ?

Thèmes généraux

Le cancer

La santé environnementale

Qu'est ce que l'APHP ?

Pour le thème sur la Belgique, le Dr Cacot insiste sur l'intérêt de savoir ce qui se passe ailleurs. Cela permet de mieux comprendre dans quel mesures les problèmes que nous rencontrons sont liés aux personnes soignées et accompagnées ou liés à l'organisation. Un membre fait remarquer qu'il existe aussi des expériences au Québec dans le domaine de la santé mentale. M. Leroy se demande si la question est celle de l'organisation dans d'autres pays ou dans d'autres grandes villes. Le Dr Guimond signale avoir déjà signé des accords de prises en charge en Belgique dans le Nord-Est de la France qui ne concernaient pas uniquement Bruxelles. La discussion finit par faire ressortir deux thèmes à explorer : ou vont les parisiens ? Comment s'organise la santé dans les grandes villes ?

Pour la question de la personne âgée, Mme Cordeau nous informe que la Mairie de Paris organise une conférence gérontologique sur les personnes âgées vieillissantes en forme le 16 Octobre. L'idée est de mettre en avant les seniors qui vont bien.

M. Echardour propose deux sujets qui pourraient être présentés. Le premier qui est une enquête sur la démographie médicale sur Paris dont les résultats devraient être disponibles vers le mois de décembre ou janvier. Le deuxième qui est le PAERPA, c'est un projet pilote concernant les personnes âgées sur les arrondissements du 9^{eme}, 10^{eme} et 19^{eme}.

Pour Mme Guignard il est important de pouvoir mettre en place des points sur l'actualité. Par exemple, l'Hôtel Dieu devrait ouvrir prochainement un accueil sans rendez vous au mois d'octobre. Il faudrait pouvoir suivre l'évolution de ces questions dans les mois qui suivent. Le Dr Cacot lance alors un appel, au sein de la conférence de territoire que sur les thèmes d'actualité les membres pourraient les signaler régulièrement au bureau.

- **Intervention de la DT 75 :**
- **Réponse de l'ARS aux propositions de la Conférence pour le PRS**

Cette réponse sera faite au mois d'octobre.

- **Retour sur la déclinaison territoriale du PRS**

M. Echardour commence son exposé en évoquant les difficultés de la DT75. Chaque année une liste d'actions principales est choisie en collaboration avec le siège. Ces actions sont censées être conduite dans un contexte où les effectifs évoluent plutôt à la baisse.

Actuellement il y a une dizaine de postes vacants, certaines actions risquent d'être mise entre parenthèses comme le programme sur la périnatalité. M. Echardour choisit un angle particulier pour sa présentation. En présentant d'abord ce qui pourrait faire l'actualité dans les médias.

- **Offre médico social**

Paris est en Ile de France dans une situation atypique. Alors que l'on a tendance à devoir faire mieux avec moins, c'est l'endroit où l'on crée le plus d'offre médico-sociale ce qui est valorisant pour les collaborateurs. Ceci ne veut pas dire que tout va bien. Une des dimensions de travail pour lesquels les résultats ne sont pas totalement satisfaisant concerne la prise en charge des personnes handicapées. Beaucoup de personnes se tournent vers la Belgique faute d'autres réponses en France. Il faut donc produire une réflexion collective car, certes, il existe un manque dans l'offre mais il y a sans doute d'autres éléments à changer. Ceci devrait conduire à porter un nouveau regard sur ce sujet. Plutôt que d'envoyer des personnes en Belgique il faudrait importer le savoir faire belge !

- **Offre hospitalière**

L'action principale de la DT pour l'année sera le renouvellement des CPOM pour l'ensemble des établissements hospitaliers. Ce renouvellement est réparti sur trois ans. Les CPOM contiennent deux dimensions une réglementaire qui conduit à des engagements financiers et une partie spécifique. Un tiers des établissements vont commencer leur négociation cette année, un deuxième tiers l'an prochain et la dernière partie dans deux ans. Cela réclame beaucoup de travail et inquiète aussi : qui est capable de prévoir la réalité dans trois ans ? Cette incapacité à nous projeter dans le futur conduit les gens à être frileux sur leur capacité à accompagner les établissements. Il n'est pas simple de demander de faire plus avec moins surtout quand on ne sait pas ce que signifie le moins.

L'Hôtel Dieu est un sujet complexe pour plusieurs raisons. Sur Paris toutes transformations de structures publiques s'accompagnent de forts bruits et de divisions importantes. Quoi qu'on en pense du fond, la rénovation de l'hôpital est hors de portée, on ne peut la garder en tant que structure hospitalière classique. Par ailleurs, il est vraisemblable qu'on aura besoin de moins de lits car la chirurgie ambulatoire va se développer. Ce qui ne veut pas dire qu'on ne va pas traiter le malade mais qu'on va le traiter autrement. L'Hôtel Dieu va se transformer aussi pour ces raisons là. La fermeture du site d'urgence est la

dimension la plus emblématique et symbolique. Il y a deux positions dans la communauté médicale, une veut fermer les urgences car les conditions de fonctionnement ne sont plus présente mais aussi parce que les fermetures trop étalées dans le temps conduisent à des situations plus ou moins de rupture avec une partie des médecins qui s'en vont. La deuxième position qui est celle du comité de défense de l'Hôtel Dieu parle de scandale. En contrepartie, il existe l'idée d'ouvrir un centre dont le nom n'est pas défini aujourd'hui. Ce sera un centre de consultation sans rendez vous ouvert 24h/24h au centre de Paris. Il sera sans doute ouvert dans le trimestre qui vient sous conditions (administratives et de ressources humaines).

Le PAERPA (prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est un projet national où les arrondissements parisiens du 9eme, 10 eme, et 19 eme arrondissement ont été sélectionnés. C'est un projet ambitieux qui vise à mieux accompagner le maintien des personnes âgées chez elle qu'elle que soit l'origine de la demande. Il permet d'éviter les hospitalisations et change les circuits d'hospitalisations. Ce projet n'est pas définit dans le détail, la DT est en train d'y contribuer et cherche à accompagner cela. C'est un travail qui se fait depuis deux ans. Les SSIAD, les aides ménagères et les hôpitaux concernés restent mobilisés sur ce projet auxquels ils croient. On doit être en mesure de démontrer que les choses marchent et sont bonnes pour les gens. Cet exercice va durer trois ans.

- **La prévention**

Concernant la prévention c'est un secteur où les effectifs de l'agence sont le plus en difficulté. Ce sont là que l'on retrouve des postes vacants. On espère que cela ne va pas remettre en cause des programmes d'actions. En particulier, un programme sur la périnatalité dans le quartier de Belleville. L'idée principale est d'aider les femmes avec des difficultés importantes. Le deuxième programme concerne la santé des jeunes dans le 19 eme arrondissement. Les deux porteurs de ce projet quittent l'agence et il faut s'interroger sur le renouvellement et la poursuite de ces programmes. C'est un domaine difficile. Traditionnellement la plupart des collaborateurs ont des règles et des cadres connus. L'incertitude n'est pas très forte. Or, quand on pilote un projet de prévention, par exemple sur les femmes enceintes dans le 19 éme il n'y a pas de règle. Il faut dénicher des acteurs et essayer de rassembler ce qui prend du temps et est compliqué. Il y aussi un problème de vision, de matérialisation du travail. Il faut donc apporter à ce gens là un soutien et les valoriser sur des critères différents.

- **Actualités**

Deux autres sujets risquent d'être médiatisés. Le premier est un projet qui consiste à essayer de définir collectivement un programme d'actions pour le premier recours à Paris. Ce programme tente d'anticiper le départ nombreux de médecins de Paris. Lorsque l'on va à des réunions avec d'autres villes de France, Paris est réputé comme étant riche en tout. Or, la réalité de terrain est différente. Dans certaines zones de Paris il est aujourd'hui difficile de trouver un médecin traitant, la situation va s'aggraver dans les années qui viennent. Traditionnellement, le premier recours ne fait pas l'objet d'initiative de la part des pouvoirs public. Que peut-on faire pour essayer de ne pas assister en spectateurs impuissant à l'érosion de la démographie médicale ? Il faut vraisemblablement réunir les partenaires pour que chacun apporte son expérience. On a donc besoin de l'ordre des médecins, de la CPAM, de la mairie, de l'agence, des représentants des secteurs, des représentants institutionnels. M. Echardour n'est pas totalement pessimiste, il est même relativement optimiste. Pour lui, des jeunes médecins vont s'installer la difficulté c'est où vont-ils s'installer ?

Le deuxième sujet ce sont les salles de consommation à moindre risques M. Farnault prend la parole. C'est une aventure stimulante et intéressante qui a permis de faire appel à l'ensemble des acteurs parisiens et nationaux. A l'origine de ce projet il y a une volonté des acteurs et des pouvoirs politiques locaux de vouloir réduire les risques. L'idée à germé il y a trois ans/quatre ans face à une situation que l'on peut constater. Des gens en situation d'extrême précarité et poly toxicomane se retrouvaient notamment sur la voie urbaine, vers Stalingrad, Gare du Nord et la Chapelle. C'était ce qu'on appelle les scènes ouvertes. Face à cette réalité là, il a fallu tester la possibilité pour ces usagers précaires de consommer dans un cadre neutre sanitaire. Cette expérimentation sera menée à Paris au 39 boulevard de la chapelle. C'est la mairie qui porte et assume cette action.

Aujourd'hui les travaux sont en cours, des Algécos formeront la première future salle de consommation. Le projet sera porté par l'association Gaïa et est en phase de finalisation. Nous sommes aujourd'hui dans l'attente d'éléments qui vont autoriser cette expérimentation d'un point de vue juridique. Il y a un gros travail pour essayer de faire comprendre quel est l'intérêt de tester cette innovation médico-social. Les premiers usagers devraient être accueillis sur ce site dans les prochaines semaines. L'enjeu derrière est de voir s'il y a un bénéfice ou non dans cette forme de prise en charge d'accompagnement des personnes. Il faudra aussi voir si cet outil permet d'améliorer l'environnement autour de gare du nord, la chapelle, etc. L'inserm se chargera de l'évaluation sur le long terme de cette expérience. M. Echardour suggère d'entendre les magistrats, les commissaires, les médecins et peut être les faire venir à une

même séance de la conférence. Mme Wieworka intervient elle est conseillère de Pairs et coordonne le projet autour de cette salle de consommation. Elle tient à ajouter quelques points. Sur le plan de la coopération entre les différentes personnes, cette expérience est positive. Tout le monde a joué le jeu et concourt à ce que l'expérimentation se fasse dans les conditions de sécurité sanitaire nécessaires. Tous les acteurs ont toujours répondu présent. Un lieu a été trouvé grâce à la SNCF, les plans sont en cours. Nous sommes dans une période où il faut déposer des permis de construire, le but est d'avoir une installation qui sera, dans un premier temps, provisoire et une autre qui sera définitive. Il faut aussi prendre en compte le timing politique, les élections municipales auront bientôt lieu et cette salle doit être mise en place en amont de telle sorte à ce qu'elle ne soit pas un enjeu électoral. Car, une fois le lieu mis en place les fantasmes vont tomber. La salle va créer un certain ordre. Il faut donc ouvrir en amont pour que, durant la campagne, les habitants voient que ce n'est pas une horreur. Aujourd'hui, un décret doit sortir pour mettre en place cet outil. Tant que l'expérimentation n'est pas autorisée les choses sont un peu bloquées. L'ouverture est prévue pour le 15 Novembre. La coopération est intéressante et l'évaluation le sera aussi car elle va permettre de décider s'il faut pérenniser ou non cette initiative. L'évaluation porte sur un volet sanitaire mais aussi sur les aspects de sécurité. A l'issue de ces trois ans, l'évaluation sera rendue pour voir si on pérennise ou pas cette initiative.

M. Echardour reprend la parole pour évoquer les prochains sujets qui devront faire l'actualité comme celui du problème de l'habitat à Paris. Celui-ci ne s'attend pas à ce que la charge de travail diminue, il devrait prochainement y avoir la mise en place d'un programme qui cherche à identifier la situation ou des enfants de bas âge sont exposés au plomb. C'est un travail qui se fait en collaboration avec la mairie. Un autre sujet qui sera un jour médiatique est le désamiantage de la tour Montparnasse, cette question va monter en pression.

Un des autres sujets concerne la réorganisation de la couverture territoriale des réseaux de personnes âgées et cancérologie de Paris. La géographie n'est pas respectée l'organisation s'est faite en fonction de ceux qui se sont investis dans ces projets là. On va donc essayer de remettre de la cohérence dedans pour ne pas ajouter à la confusion territoriale.

Le dernier sujet évoqué est la lutte contre la précarité. Sur la place parisienne ce sujet est d'une ampleur importante et est multi forme. Il va s'en dire qu'il n'y a pas dans la DT une personne qui assume à elle seule la question de la précarité. Une réflexion interne est en cours pour savoir si ce qu'ils font paraît adapté ou non, si tout est organisé correctement.

Questions réponses

Mme Cordeau fait la remarque qu'on ne parle plus de service d'aide ménagères mais de service sociaux et médico sociaux autorisés. A Paris les structures ont parfois plus de 50% de personnel diplômé d'état, d'auxiliaire de vie sociale. L'UNA Paris a 13 services adhérents polyvalents qui sont reconnus conjointement par l'ARS et le Conseil Général. Au service des publics fragilisés on a deux tarificateurs et la polyvalence tiens plus à la volonté des gestionnaires dans la mise en œuvre sur le terrain. Pour réfléchir à ces choses là, cela ne sollicite pas forcément de l'argent mais des possibilités de prises en charge conjointes et transversales par exemple via les SSIAD.

Pour Mme Guignard si on réfléchit un peu sur les expériences faites dans d'autres pays il faut avoir une idée de comment fonctionne ces services là mais il faut aussi y associer les problèmes financiers qui en résulte. Par exemple, en Belgique les services de personnes âgées fonctionnent mieux car le personnel est payé par l'état.

De plus le PAERPA est totalement inconnu de la quasi totalité des personnels du domaine et de la population. De la même façon les travaux de réflexion sont relativement méconnus et on n'y associe pas forcément les pharmaciens. Or, elle constate que l'absence des pharmaciens pose problème car ils font partie de la plaque tournante servant dans le système. M. Echardour souscrit à ce qui est dit par Mme Guignard sur le PAERPA. Il y a une insuffisance de communication et il faut essayer de faire en sorte que les différentes catégories d'acteurs discutent sur ce qu'elles pensent pouvoir apporter au sujet. Il faut aussi revoir les modalités de participation. Si on demande aux gens de se soustraire à leurs obligations professionnelles pour aller dans des groupes de travail, on doit solliciter différemment ces catégories là. Il ajoute qu'il n'est pas sûr que le fait que l'état paye les salariés entraîne une différence dans la prise en charge.

Mme Lefevre est intéressée par le développement de toutes ces actions. Mais elle est bien évidemment triste de ne pas voir abordé le sujet de la santé mentale. Elle se demande s'il faut que la presse s'empare d'un accident dans lequel un malade est impliqué pour que l'on parle de ce sujet. Enfin, elle est très intéressée par le programme du PAERPA qui pourrait correspondre à ce qu'on pourrait imaginer pour la santé mentale. M. Echardour donne raison à Mme Lefevre, mais il trouve une difficulté majeure au secteur psychiatrique : quand on pose une question on entend plus des bagarres d'appareils que des projets concrets. Il cherche à savoir comment faire pour mettre un peu plus de concret. Si on résume le problème, la

psychiatrie universitaire et non universitaire se surveillent comme chien et chat en permanence. Il n'y a apparemment aucun sujet qui ne soit pas d'emblée pris dans ce genre de problématique. Pendant ce temps, d'autres structures continuent à vivre et font leur boulot au quotidien. Dès qu'on veut rapprocher les gens par exemple les personnes âgées et les malades psychiques, quand on veut élargir les heures d'ouvertures des CMP, on est dans l'incapacité de dire si le résultat des négociations sera concret. Il ne méconnaît pas ce que dit Mme Lefevre sur le fond. Il est rare que les actions médiatisées sur le sujet provoquent un bénéfice.

M. Loup est ravi que l'on entende de plus en plus parler du pharmacien, qu'il soit aussi plus reconnu, car il pense que leur rôle est important. Il est vrai qu'ils sont en contact avec des personnes âgées, les concierges disparaissent et les pharmaciens savent tout de suite quand il y a un problème. Il propose à Mme Guignard d'en parler à une prochaine réunion URPS pharmacien.

Le Dr Cacot pose une question à Mme Wieworka ou à M Farnault sur le travail d'évaluation des salles de consommations à moindre risque. Les copils réunissent-ils les opposants à ce projet, il y a-t-il un accord avec eux sur quoi portera l'évaluation ? Prendra-t-elle en compte les critiques des opposants ? Mme Wieworka répond que l'équipe en charge de l'évaluation environnementale a rencontré les riverains et les associations de quartier pour échanger avec eux sur l'état de la situation. Elle ne peut pas dire que cela a été formalisé dans un copil, mais la ville mettra en place un comité de suivi avec des évaluateurs qui comprendra des riverains, dont certains sont a priori des opposants. Pour les critères avant de les construire les riverains ont été consultés afin de suivre les indicateurs qui les inquiètent. Ils seront associés à un comité de suivi. M. Farnault évoque la tenue de réunions publiques dans lesquels les opposants s'expriment. Les oppositions locales des associations de riverains feront partie des données de la problématique de l'évaluation.

Le Dr Cacot conclue cette présentation en quelques mots. On retrouve de nombreux points communs avec la présentation précédente de la DT75 (M. Dumoulin). La présentation de M. Echardeur est vivante et ne cache pas perplexité et interrogations. La Conférence voudrait aider à étudier la DT75 les sujets « les plus précaires ». Si la conférence peut appuyer ces sujets elle le fera volontiers.

- **Un exemple de décloisonnement : « proposition d'expérimentation d'un dispositif d'accompagnement de retour à domicile de personnes âgées en sortie d'un service d'urgence » par Vincent Kaufmann (Fondation Hospitalière Sainte-Marie)**

Le sujet présenté s'intéresse à la problématique des personnes âgées en fragilité passant par des services d'urgences. C'est un projet en cours avec le Dr Galencia qui a pris le relai du Dr Allières. En effet, les services d'urgences prononcent parfois des hospitalisations pour des gens pouvant être prise en charge dans des dispositifs d'accompagnement. D'où l'idée de créer un dispositif de transition répondant à trois objectifs :

- fluidifier le fonctionnement des urgences en sécurisant le retour à domicile de la personne âgée
- diminuer le nombre d'hospitalisations inadéquates
- contribuer au parcours de santé de la personne

La population cible est celles des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie temporaire ou installée. Ce projet se mettrait en place dans un contexte où l'aide existante est insuffisante, ou les intervenants ont du mal à répondre immédiatement. Pour rentrer dans ce dispositif les patients doivent présenter une pathologie « maîtrisée » mais qui nécessite un accompagnement (exemple de l'immobilisation du coude au corps, par un Dujarrier). Pour le moment, ce projet qui concerne les personnes résidant dans le 14^{eme} arrondissement. Il fonctionnerait ainsi, le service d'urgence appelle le dispositif d'accompagnement, les acteurs et relais qui existent se mettent alors en place avec une intervention au domicile dans les 4h suivant l'appel. L'urgentiste est le premier interlocuteur, on a aussi un infirmier coordinateur pour faire le lien, et accompagner la personne. Un compte rendu sera systématiquement fait et envoyé au médecin traitant. M. Kauffman espère qu'à terme ce projet dépasse le 14^{eme} arrondissement et sera disponible 24h/24h et 7j/7j. Ce dispositif permet une économie certaine, (le coût d'une hospitalisation est de 1200€ le forfait journalier moyen en SSIAD est de 36€ financés par la dotation globale de fonctionnement). Ce dispositif mobiliserait les capacités des SSIAD installés et n'entraînerait pas de coût supplémentaire de ce côté là. La mise en place du dispositif ne ferait que mobiliser de façon plus précoce des aides qui seraient installées par la suite et éviterait des journées d'hospitalisations. C'est ce point qui nécessite une mise au point technique et un appui financier... qui n'est toujours pas trouvé !

Question

Mme Guignard demande combien de personnes âgées, seraient concernés par ce dispositif. M. Kauffman répond qu'il est difficile de savoir mais un ordre d'une centaine de personnes par an a été fixé. M.Leroy voudrait connaître les partenaires de ces actions. M. Kauffman répond que les médecins traitants, les pharmaciens, les kinés, les SSIAD dans

certains cas, les cabinets de radiologie et biologie, les intervenant sociaux (clics et maia) sont présents mais que la liste n'est pas exhaustive. M. Leroy fait alors la remarque que les HAD ne sont pas cités, mais pour M. Kaufman la HAD ne peut pas intervenir de façon conjointe car la prise en charge en HAD ne rentre pas dans ce dispositif.

Pour Mme Cordeau c'est une belle illustration de ce qu'on pourrait faire pour prendre en charge rapidement les personnes âgées. Ce maintien à domicile se trouve en plus être moins cher que l'hôpital. Mme Lefevre va dans ce sens et trouve intéressant cette capacité à réunir différents acteurs.

Le Dr Cacot demande comment le projet pourra se mettre en place techniquement et économiquement. M. Kauffman répond que pour l'apport économique le SSIAD est en dotation globale, donc ils peuvent se mobiliser en jouant sur leurs marges de disponibilités. Pour l'APA c'est un mécanisme différencié qui demande un délai. Elle est accordée pour le GIR 1 à 4 de façon temporaire et est versée sur le compte du bénéficiaire. Pour l'instant donc, le projet est à la recherche d'une enveloppe permettant de démarrer. M. Avanturier précise alors que les budgets 2013 sont bouclés et ceux de 2014 sont assez avancés. Mme Cordeau intervient en expliquant que s'il y a un afflux massif de personne âgée à l'APA, la ville trouvera bien de l'argent pour régler ce problème, c'est une question de volonté politique. L'ARS peut être un facilitateur, les décrets existent. Par exemple, la ville de Besançon a entamé une réflexion sur la dotation globale des services d'aide à domicile mais à Paris tout est compliqué. M. Farnault précise que pour la question de l'APA le contrat de territoire travaille sur l'APA d'urgence. Mme Cordeau trouve aussi dommage que l'expérimentation ne concerne qu'un nombre limité de personnes. M. Kauffman précise que l'on est sur un projet expérimental qui appelle à faire bouger les lignes, les interrogations portent sur ce qu'on peut financer, qui doit le financer. M. Echardour en profite pour saluer cette initiative qui montre que les résistances ne viennent pas que du terrain.

M. Sachet n'étant pas présent pour faire un point d'actualité sur la CRSA, la séance est levée.