

Perte d'autonomie, accompagnement et maintien à domicile

Bienvenue à tous pour cette session de l'après-midi qui doit durer à peu près une heure et demie. Nous avons donc comme thème de discussion la perte d'autonomie, l'accompagnement et le maintien à domicile. C'est vraiment dans le prolongement du discours que la ministre déléguée, Madame Gaillard-Minier, nous a tenu ce matin.

Et donc, j'ai le plaisir d'accueillir aujourd'hui deux collègues qui nous viennent de Bruxelles : Olivier Doffoux, qui va présenter son unité et ses actions ; Fátima de Almeida Gomes, qui travaille au PMO et que vous connaissez peut-être déjà dans vos relations bilatérales.

Et j'ai surtout le plaisir d'accueillir Marie Bouchaud qui est directrice générale de la Maison des aînés et des aidants/Dispositif d'appui à la coordination de Paris Centre, qui couvre en fait les six premiers arrondissements de Paris et qui va nous parler de son expérience du terrain dans ce domaine.

Donc, on a plein de choses intéressantes à vous dire. L'idée, c'est vraiment de sensibiliser les adhérents de l'AIACE-France, vous qui êtes présents en particulier, aux dispositifs qui ont été récemment mis en place en France pour accompagner de manière renforcée à domicile les personnes âgées en perte d'autonomie et notamment dans des situations complexes de pathologies chroniques ou de maladies neurodégénératives.

Donc, c'est vraiment un accompagnement renforcé tout à fait particulier. Et en même temps, de passer surtout le message à nos collègues de Bruxelles, du PMO et de la DG HR, pour leur dire qu'on ne sait pas comment nous, affiliés au RCAM, nous allons pouvoir nous intégrer, nous insérer dans ces nouveaux dispositifs avec, potentiellement, si on ne peut pas nous insérer, un risque d'être exclu. Donc, je vais d'abord passer la parole à Olivier Doffoux qui va présenter rapidement son unité.

Présentation d'Olivier Doffoux

On va entendre tout de suite que je viens de Belgique. Précisément de Liège.

Donc, je vais présenter mon service où j'occupe en tant qu'assistant social et médiateur de dettes. Nous sommes plusieurs collègues. Nous sommes 6 assistants sociaux au sein du service et notre rôle est d'accompagner socialement, administrativement, par exemple dans l'aide pour toute démarche médicale, paramédicale en amont du PMO, parfois, ou en complémentarité avec le PMO, parce que peut-être des choses n'ont pas été comprises ou simplement parce que le contact, lors d'une permanence téléphonique en matinée uniquement, fait qu'on a des temps d'attente qui sont parfois assez longs quand il y a 15 personnes qui téléphonent le même jour.

On a une particularité : auparavant, il y a un peu plus de 3 ans, il y avait 2 services : le service HAN, pour les personnes handicapées, mais le handicap au niveau de la Commission, c'est un terme très vaste et fourre-tout puisque ce sont aussi les personnes qui sont malades et, aussi et surtout, les enfants des collègues actifs et des collègues pensionnés ;

et le service PEN, le service « pensionnés ». Ils ont fusionné tous les deux dans un souci de plus de clarté avec le *single entry point*.

Donc, notre service unique, intervient financièrement dans certaines conditions. Les aides financières ne sont pas nombreuses, étant donné que tout le volet médical et paramédical est pris en charge, en grosse partie, par le RCAM. Nous, on intervient principalement au niveau financier sur deux axes.

Le premier axe, c'est ce que l'on appelle « l'aide à la dépendance », pour laquelle j'ai quelques dossiers en France. L'aide à la dépendance, c'est justement de permettre au maximum à une personne âgée ou non - parce qu'on a des personnes en invalidité aussi, qui sont totalement admissibles et qui peuvent être très jeunes - de rester au maximum à domicile. Tant que les conditions de sécurité sont remplies, évidemment.

D'où votre importance en tant que bénévoles de l'AIACE France, puisque nous on n'a pas la possibilité de se déplacer, que ce soit en France, ou ailleurs. On est centralisé sur Bruxelles.

Comment travaillons-nous dans un cas concret de demande d'aide à domicile ? On va examiner la situation, à savoir demander les revenus familiaux, à savoir une fiche de pension, une pension nationale éventuellement, s'il y en a une, la pension éventuellement du conjoint. Pourquoi est-ce qu'on demande ça ? Simplement parce que, au niveau de l'aide à la dépendance, on doit faire une fiche d'admissibilité quand il y a plusieurs revenus dans le ménage.

On va demander une petite prescription sur un formulaire qu'on envoie aux généralistes et aux spécialistes, pour déterminer la fréquence, la date de début, le nombre d'heures souhaitées par semaine ou par jour, sachant que dans le système de l'aide à la dépendance, on peut dépasser les limites moyennant un rapport social et un rapport médical circonstancié. Sur une petite fiche de demande officielle, le pensionné va remplir son identité, son adresse, son numéro d'identification, indiquer le montant de sa pension européenne et envoyer la demande. La demande va être analysée relativement vite chez nous, en général un mois au maximum. On dépend simplement d'un avis médical qu'on doit toujours demander, parfois pour la forme, au PMO de Bruxelles, et alors on va accorder une aide pour six mois, renouvelable une première fois six mois et renouvelable une seconde fois annuellement et indéfiniment, puisque les conditions ne vont pas changer.

Chaque année, on va juste demander de remplir le petit formulaire, la petite prescription médicale, d'indiquer la pension et, dans le cas d'un dépassement horaire, d'avoir un rapport peut-être plus circonstancié. Le point très positif, c'est que l'aide financière est payée en avance. C'est-à-dire que la personne reçoit l'argent et si elle a un avatar de la vie qui fait qu'elle doit utiliser cet argent pour autre chose, elle en a la possibilité puisque nous, on a juste à faire signer l'année suivante un reçu attestant que la personne a reçu la somme de 4243 euros affectés, en théorie, pour les aides familiales.

La deuxième intervention est peu connue et très rare, c'est ce qu'on appelle le « don social ».

Le don social est un montant maximum de 6000 euros à l'heure actuelle. C'est une aide qui doit répondre à certains critères et permettre de solutionner un problème urgent.

Moi, je vais faire une analyse budgétaire sur base d'une grille Excel avec rentrées et dépenses variables, périodiques, fixes. On ne va pas mettre dans cette grille les arrangements de paiement parce qu'il y a des retards, certains crédits autres que crédit voiture, crédit hypothécaire, qui sont des crédits prioritaires. Et on va regarder ce qui reste.

On va d'abord voir s'il faut travailler sur le budget parce que le pensionné ou la pensionnée sous-estime ses frais alimentaires - ce qui est souvent le cas d'ailleurs - et par exemple, exagère sans le vouloir des frais d'hygiène alors que ce n'est peut-être pas autant.

On va essayer de voir ce qu'on peut dégager comme disponible ou non. Et une fois qu'on a fait ce travail-là, on va demander des justificatifs, la facture d'électricité, la facture d'eau, le loyer ou le crédit hypothécaire, qui vont permettre de solliciter un budget spécial puisque chaque année, quand on a une demande de don social, on doit aller trouver le budget. Il n'y a pas un budget qui est vraiment bloqué pour.

Et on va essayer que ces 6 000 euros permettent, sur base d'un budget qui est mensualisé, de solutionner le problème. J'ai eu un cas très concret il y a deux ans d'une dame où j'avais vraiment un problème déficitaire sur l'année de 9 000 euros. On a travaillé avec elle et on est parvenu à redescendre à 7 000 euros. On n'a pas octroyé les 6 000 euros. On a renvoyé vers des services dans le pays en question pour qu'il y ait des aides, des interventions et surtout une aide à la gestion parce qu'en fait, cette situation cachait un problème de gestion plus sérieux qui n'était pas renseigné par la pensionnée.

Donc ça c'est pour les aides directes du service social de la HR D2.

Maintenant il y a toutes les aides qui ne sont pas financières et qui ne sont donc pas aussi aisément quantifiables. Ce sont toutes les aides que l'on va pouvoir apporter aux pensionnés en tant que services de première ligne, quelle que soit la demande (demande d'une place de parking pour une personne qui habite dans le fin fond des Ardennes belges et ne sait pas comment solliciter les autorités communales pour venir tracer avec autorisation régionale un emplacement PMR devant chez elle ; personne dont la demi-sœur ou la sœur est une ancienne fonctionnaire européenne présentant des signes de dégénérescence neurologique, d'alcoolisme ou de mauvaise gestion et qui va nous appeler pour voir si on peut contacter cette dernière et voir avec elle si on peut l'aider d'une manière ou d'une autre, soit par nos conseils et nos relais, soit en renvoyant vers des aides locales).

L'intérêt de notre service est d'être un relais, une oreille attentive à vos problèmes, et quand on n'est pas capable d'aider, généralement on sait vers où renvoyer la personne, et on garde une trace, on essaie de la recontacter un mois, deux mois après, histoire de voir si sa demande a été résolue.

Question :

J'aurais une petite précision à vous demander, mais peut-être ai-je mal compris. Vos deux premières aides financières, dont le don social, sont soumises à conditions de revenus, c'est-à-dire qu'à un certain niveau de pension, on ne peut pas en bénéficier. Vous pouvez préciser ?

Réponse de M. Doffoux

Au niveau du don social, il n'y a pas de conditions de revenus, c'est simplement une condition budgétaire double : il faut qu'il y ait encore de l'argent pour ça et que quand on a analysé le budget, on se soit mis d'accord avec le ou la pensionnée sur « ça, c'est votre budget, tel qu'il reflète votre réalité ».

Et pour la première aide alors, est-ce que c'est sous condition de revenu ?

Au niveau de l'aide à la dépendance, on a en fait une condition de revenu. Pour le moment, à un taux horaire de 8,57 euros de l'heure, si vous avez quelqu'un qui vient 10 heures par semaine, ce sera 10 fois la limite. Au niveau de votre revenu familial, vous ne devez pas dépasser en théorie 3754,39 euros. On peut monter jusqu'à un montant de 4129,83 euros pour les personnes de plus de 90 ans ou pour des situations graves.

Qui dit situation grave, dit simplement qu'on doit produire, comme pour le dossier HAN, un rapport social qui explique pourquoi dans telle situation on doit intervenir et augmenter le plafond.

On peut avoir des personnes qui font une demande d'intervention sur la ligne HAN, c'est à dire le volet handicapé de notre service, pour autant qu'elle le fasse avant l'entrée à l'âge légal de la pension.

La ligne HAN a cet avantage qu'on ne paye pas anticipativement comme l'aide à la dépendance, mais elle n'est pas soumise à une condition de revenu. Il y a une limite au niveau des heures pour lesquelles on va intervenir mais il n'y a pas de limite de revenu.

Présentation de Fátima de Almeida Gomes (sur base d'une présentation PowerPoint)

Vous voyez, nous sommes le PMO, mais plus particulièrement le RCAM et, en toutes lettres, c'est la caisse maladie pour toutes les institutions et agences de l'Union européenne. Donc, même si administrativement on dépend de la Commission, en fait on est interinstitutionnel. On est au service d'un plus vaste service que simplement les anciens de la Commission.

L'organisation du travail se fait un peu comme en usine, mais avec des gens qui ne sont pas des automates. Ce sont de vraies personnes qui sont derrière les écrans et surtout derrière vos demandes de remboursement. Tout ce qui a trait au traitement de vos demandes de remboursement (décision financière, autorisation médicale) est fait par d'autres équipes avec lesquelles normalement vous n'entrez pas en contact direct, sauf pour les cas de maladie grave où on vous donne une personne de référence qui va un peu vous accompagner.

Les collègues qui sont dans le service et qu'on appelle « staff contact » ou « front office » - mais moi, je dis le service aux affiliés ou le service à la clientèle, le visage du RCAM ou la voix du RCAM – ces collègues que vous avez au téléphone sont là tous les jours pour écouter vos questions, pour répondre à vos demandes d'informations et pour vous renseigner, y inclus en situation d'urgence hospitalière. Moi je suis ici, je les représente et je représente le RCAM qui est une entité unique même si, pour ce qui est le traitement financier ou autre, vous êtes servi par Ispra, d'autres le sont par le Luxembourg, d'autres par Bruxelles, mais nous on est le service unique aux affiliés du RCAM.

Vous voyez, ça c'est nos collègues d'Ispra qui traitent vos demandes du point de vue financier, autorisation médicale et autres. Ici, c'est nos collègues d'Ispra qui traitent vos demandes de remboursement, c'est un petit comité.

Vous n'avez pas encore les photos parce qu'on n'est jamais ensemble puisqu'on est dispersé sur les 3 sites. Mais on est ensemble dans les réponses à vos demandes.

Au téléphone, le matin, on répond indépendamment du pays dans lequel vous êtes, pour ce qui est des questions générales et des questions assez précises, sauf pour les prises en charge hospitalières où nous sommes pour le moment encore sur différents sites.

Vous voyez ici, il y a tout un groupe de personnes, on n'est pas beaucoup, même si ça semble beaucoup de monde. Le plus gros de l'équipe est à Bruxelles, mais tous ensemble, ce sont 25 personnes plus ou moins pour répondre aux 200 000 affiliés, bénéficiaires du RCAM, tous les jours. Il y a aussi deux personnes, Sandrine et Karina, qui traitent toutes vos demandes de programmes de prévention/dépistage, pour tout pays, tout public confondu.

Ici, c'est une équipe qui n'est pas vraiment en « front office », mais qui est à l'écoute de vos suggestions. Par exemple, pourquoi vous ne feriez pas des accords avec tel ou tel centre hospitalier. Ce sont les collègues qui vont négocier des conditions tarifaires, qui vont négocier les accords.

C'est aussi une petite équipe qui suit tout ça, les accords, etc. Ce sont cinq personnes qui font le tout et qui parcourent tous les États membres, puisque nous avons non seulement les pensionnés, mais aussi beaucoup d'agences.

Ça, ce sont les collègues qui s'occupent plus généralement de la communication, de la liaison avec les ressources humaines dans les agences, dans d'autres institutions, etc. Donc, c'est elles qui ont aussi la responsabilité d'organiser ces séances régulières d'information et de communication.

Les collègues que vous voyez ici ne sont pas spécialistes. Elles ne sont pas formées vraiment en profondeur. Il y a une partie qui a 15 ans d'expérience, mais il y a une grosse partie qui vient d'arriver, qui est là depuis deux ans, etc.

Et le domaine de la caisse maladie, c'est tellement vaste. Alors, ne vous étonnez pas si vous posez une question et qu'elles ne savent pas vous donner la réponse. Elles vont se renseigner et revenir vers vous avec l'information. Ce sont les collègues qui, le matin, répondent au téléphone entre 9h30 et 12h30. Il y a 17 personnes au téléphone pour le côté général et il y a 6 personnes dispersées sur les 3 sites.

À Ispra, il y a 2 personnes pour les prises en charge et pour les urgences hospitalières. Donc, quand vous nous appelez et que vous souhaitez un renseignement sur une demande de remboursement qui ne vous paraît pas très claire, ne choisissez pas l'option 1, s'il vous plaît. L'option 1, c'est pour les urgences hospitalisations prises en charge, parce que sinon, les collègues vont, au lieu de répondre à l'urgence, vous dévier vers d'autres collègues.

Choisissez l'option 4, qui est l'information plus générale. Bien sûr, pour les urgences, appuyez sur 1 et elles sont là pour vous répondre le matin. Et non, elles ne sont pas en congé l'après-midi, ni avant 9h30. Elles ne sont pas en train de tricoter ou boire le café. Je souris, mais si vous saviez ce qu'on entend au quotidien. Elles sont souvent à 7h du matin

déjà en train de travailler, parce qu'elles donnent suite aux appels et aux demandes par écrit.

Donc, si elles ont un appel pour lequel la réponse n'a pas pu être donnée sur le moment, elles vont préparer, se renseigner, parfois rappeler, répondre, résoudre ou clarifier l'erreur dans votre demande de remboursement, etc.

Elles vont chercher des renseignements auprès de qui ?

Si c'est pour vous qui êtes en France, auprès des collègues d'ISPRA. Donc, si la collègue est à Bruxelles, elle va appeler les collègues d'ISPRA pour savoir, pour tel dossier traité, qu'est-ce qui se passe, où est-ce que vous en êtes, etc.

Les collègues font des *shifts* d'une certaine façon. Elles ne sont pas toutes tous les jours au téléphone, mais la plupart sont là le matin au téléphone.

Pour les prises en charge, toute l'équipe est au téléphone toute la matinée. En même temps que vous faites votre demande urgente, elles produisent votre dossier, créent votre dossier, et ensuite font le nécessaire. Je dis elles parce qu'il y a seulement un homme.

Nous servons 200 000 bénéficiaires. Ils ne sont pas tous affiliés. Certains sont des ayants droit.

Et comme vous voyez, tout ce groupe d'agences, institutions, etc., est éparpillé partout dans l'Union européenne et dans le monde puisqu'on a aussi les délégations qui nous appellent aussi. Parfois, on doit donner des renseignements sur des hôpitaux à Singapour ou des hôpitaux à Paris, et on ne connaît pas Paris. Donc, on se renseigne au mieux de notre connaissance.

Les collègues ne font pas que ça. Ils font aussi, tous les 15 jours, l'accueil des nouveaux avec des sessions d'information sur leurs droits à la caisse maladie, répondent par la suite à toutes leurs questions, ainsi qu'une sorte de préparation à la pension tous les 15 jours, pas seulement à la Commission, mais aussi au Conseil, au Parlement, dans les agences, etc. Donc, cette même équipe fait ça aussi, et là, ce sont des demi-journées, un jour chez l'un, un autre jour en ligne, pour donner les renseignements qu'il faut.

Une fois que les collègues sont libérés du temps du téléphone, elles ont d'autres outils de travail au quotidien.

Vous avez entendu parler de *ServiceNow*, la plateforme que vous pouvez utiliser pour soumettre des questions, quelles que soient les questions générales ou pour demander une explication sur un décompte, ou pourquoi est-ce que vous avez refusé mon autorisation préalable, qu'est-ce que je dois faire pour une reconnaissance de maladie grave, etc. Vous pouvez passer par le portail et poser ces questions.

Là, ça prend un peu plus de temps pour répondre. Pour le moment, vous avez vu le groupe de personnes qui donne la réponse, ça peut aller jusqu'à 21 jours d'attente. Donc, si vous venez de poser la question, ne téléphonez pas tout de suite pour avoir la réponse parce que souvent, vous ne l'aurez pas.

Ça, c'est le premier outil. Les collègues font des tickets et répondent à vos questions. En même temps, ils peuvent répondre aussi à vos demandes de reconnaissance de maladie grave et vont tout de suite donner une suite ou une autorisation préalable.

C'est un dossier qui doit être préparé en « back office ». Même chose pour les prises en charge.

Elles gèrent aussi par e-mail vos demandes. Je vous ai donné les adresses e-mail pour que vous les utilisiez exclusivement à ces fins-là.

Vous pouvez aussi prendre contact pour demander un rendez-vous qui pourrait être présentiel si vous venez à Bruxelles, Ispra ou Luxembourg, ou téléphonique. Si vous demandez un rendez-vous, vous devez dire quelle est la raison, pourquoi vous avez besoin d'un rendez-vous.

Parce que si c'est une information générale, on va vous répondre simplement. Les rendez-vous sont suivis par une dizaine de personnes qui sont les mêmes que celles qui répondent au téléphone, mais qui sont plus expérimentées. Et souvent, c'est pour des dossiers très complexes, des situations humaines très sensibles, même si ce ne sont pas des assistants sociaux.

Nous, on ne fait que donner une aide. Et souvent, ces rendez-vous sont vraiment nécessaires pour des dossiers que vous-mêmes, en tant que bénévoles volontaires de l'AIACE, vous connaissez bien.

Une boîte que vous ne voyez pas ici est réservée aux bénévoles pour les dossiers très compliqués du point de vue humain, social, etc., si complexes qu'une information très générique ne pourrait pas aider.

Et le dernier, c'est pour les frais funéraires. En cas de décès, vous communiquez souvent avec le service pension.

Mais en fait, c'est toujours important de communiquer avec nous parce que les ayants droit pourraient être dans une situation financière complexe et qu'il y a déjà des demandes de remboursement qui n'ont pas été faites depuis un an, etc. Il y a certaines démarches à faire auprès de nos services et le plus vite, le mieux, pour ne pas mettre les gens en difficulté financière. Quand on sait ça, parfois on va voir les dossiers et on voit s'il y a des prises en charge en cours, si c'était une maladie grave et qu'elle n'a pas été demandée.

Nous avons une certaine proactivité, nous prenons certaines initiatives pour, du point de vue humain, essayer de la meilleure façon possible de protéger vos droits, même en cas de décès.

Donc, vous voyez ici, ce sont des boîtes dont vous pouvez faire usage, mais le premier point de contact est le portail et le téléphone, sachant que le portail pourrait prendre un certain temps de réponse et qu'elle peut être plus générique, mais peut aussi vous aider à résoudre pas mal de situations.

Alors, comment est-ce que vous pouvez aussi nous joindre pour poser vos questions ? Vous avez MyPMO.

Et ici, vous voyez le point d'interrogation ? Vous pouvez nous poser des questions en cliquant dessus.

Vous voyez ici, il y a quelque chose que vous pouvez aussi voir chez vous. Vous mettez vos préférences.

Les questions par rapport à vos soins de santé, par rapport à vos besoins, vous pouvez aussi les poser par là.

Sinon, il y a le RCAM en ligne, qui n'est pas sur une application mobile, mais qui est sur votre ordinateur, qui fait exactement la même chose. Ici, la configuration est un peu différente, mais le résultat est le même.

Ici, par exemple, vous pouvez demander des programmes de dépistage, des prises en charge sans devoir écrire un e-mail. Pas des déclarations d'accident, parce que ça, vous n'avez pas le droit.

Vous n'avez pas besoin d'envoyer un e-mail et de téléphoner, sauf si c'est très urgent. Les collègues qui s'occupent de ce type de dossier vérifient ça et font le nécessaire pour vider le *dashboard* tous les jours, selon l'ordre d'urgence. Donc, les demandes de prise en charge, les demandes de reconnaissance de maladie grave et autorisation sont traitées dans la journée, mais attention, pour la partie reconnaissance de maladie grave et autorisation préalable, ce n'est pas juste la demande administrative, il faudra s'adresser aussi aux médecins.

Pour finir, je me permets juste de clarifier un point, un jargon qui a du mal à être compris. Une prise en charge n'est pas médicale. Une prise en charge, c'est un engagement financier, exclusivement financier. Les gens confondent souvent et pensent, par exemple, quand ils ont demandé une autorisation préalable, que ça vaut prise en charge. Ou si elles ont demandé une reconnaissance de maladie grave, que ça vaut prise en charge et vice-versa. Désolé, ce n'est pas le cas. Il faut faire chacune de ces demandes.

Par contre, vous pouvez utiliser le même rapport médical.

Mais s'il vous plaît, soyez conscients que parfois, on va vous dire qu'il faut faire cela. Parce que ces trois choses différentes ne sont pas du tout traitées par les mêmes personnes. Ce sont des compétences tout à fait distinctes.

Isabelle Tranchant remercie Fátima et suggère de passer la parole à Marie Bouchaud, qui a juste une demi-heure à nous consacrer parce qu'elle a ensuite un autre engagement.

Présentation de Mme Bouchaud

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, merci de m'accueillir.

Merci à Madame Tranchant de m'avoir sollicitée. Je suis ravie d'être avec vous aujourd'hui. Alors, évidemment, je vais vous parler en tant que directrice d'une association parisienne, mais qui a un dispositif, parce que je sais que vous êtes nombreux de la région Ile-de-France, qui est sur toute la région Ile-de-France et qui pourrait vous intéresser.

Sachant également que les dispositifs que je vais présenter, vous les retrouvez aussi en province.

Alors, les diapositives sont un peu denses, mais vous aurez de la lecture pour la suite. Je ne vais pas les lire, je vais reprendre les éléments principaux de chaque diapositive. Moi, je dirige en fait l'association Autonomie Paris Saint-Jacques, dont je vais parler après, qui porte

notamment ce qu'on appelle la Maison des aînés et des aidants/Dispositif d'appui à la coordination.

[diapos 1 et 2]

Les maisons des aînés et des aidants, c'est un dispositif typiquement parisien, mais en revanche, les dispositifs d'appui à la coordination sont des dispositifs qui sont sur toute la France. Et vous en avez dans toutes les régions. Les maisons des aînés et des aidants, c'est la fusion des réseaux de santé, gériatriques, soins palliatifs, cancérologie, réseaux qui intervenaient en ville, des MAIA, qui étaient des méthodes pour l'intégration des services d'aide et de soins à domicile, mais ça, c'est peut-être quelque chose qui ne vous parle pas forcément.

Les plateformes territoriales d'appui, ça vous parle, je pense, encore moins, parce que ce n'était pas très connu. Et puis, les CLIC. Ça, en revanche, peut-être que ça vous parle davantage, les CLIC existent encore dans certaines régions.

À Paris, on a tout fusionné. Dans d'autres régions, ça peut s'appeler aussi les « maisons départementales de l'autonomie ». Vous avez plusieurs possibilités de points d'entrée qui ressemblent à nos maisons des aînés et des aidants.

[diapo 3]

À Paris, vous avez six maisons des aînés et des aidants. Nous, on est dans celle du centre : 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e arrondissements. Je vous ai apporté des plaquettes, d'ailleurs.

[diapo 4]

On a deux grandes missions-socles. C'est d'abord un appui au parcours de santé individuel. On est la porte d'entrée pour les personnes âgées et toute personne en perte d'autonomie et leurs aidants.

On a aussi, comme deuxième mission-socle, l'appui à la structuration territoriale des parcours de santé. Là, c'est plutôt l'appui aux professionnels qui interviennent auprès des personnes dont on s'occupe.

[diapo 5]

Pour qui les M2A ? C'est pour tous les Parisiens du territoire.

Toute personne qui vit à domicile, en situation de handicap ou atteinte de maladie chronique en perte d'autonomie.

Pour les aidants, notre association a un certain nombre de dispositifs.

Pour tous les professionnels, en fait, ce sont tous les professionnels qui ont une interaction avec une personne en perte d'autonomie.

Ça peut aussi être des tuteurs, ça peut être le pharmacien, et tous les bénévoles aussi, dont on n'a pas parlé.

[diapo 6]

On a des équipes de proximité. On a un accueil sur site qui est physiquement de 9h à 17h30.

Notre M2A est vraiment sur la rue, c'est une boutique sur la rue, donc vous poussez à la porte et vous entrez, c'est facile.

Et puis on a des réponses téléphoniques jusqu'à 18h.

[diapo 7]

Notre équipe, à titre d'exemple, a deux assistantes de coordination qui reçoivent les demandes, qui accueillent les personnes, et qui font une première réponse aux demandes.

Les demandes sont de tous ordres : ça peut être les loisirs, généralement ce n'est pas la première demande et celle qu'on a majoritairement, mais ça peut être une demande jusqu'à « Maman est tombée, elle va rentrer de l'hôpital, elle perd en autonomie, qu'est-ce qu'on va mettre en place ? »

On peut intervenir en lien avec les services sociaux hospitaliers, évidemment.

Six coordinatrices médico-sociales de parcours, qui sont soit éducatrices - pour celles qui sont spécialisées dans l'accompagnement des aidants, ce qui est très spécifique à notre structure - et puis sinon les cinq autres, qui sont assistantes sociales ou conseillères en économie sociale et familiale, et infirmières.

Un ergothérapeute, une psychologue, un médecin gériatre, d'ailleurs que je recrute parce que la nôtre est partie pour d'autres missions, donc si vous connaissez des médecins gériatres, je recrute.

Trois gestionnaires de cas (ça je vous en parlerai tout à l'heure).

Un chef de projet e-santé, pour tout ce qui est numérique, pour mettre en place les outils numériques avec l'ensemble des partenaires et de façon à ce qu'il y ait des dossiers partagés, des partages d'informations qui soient sécurisés, en respectant le règlement sur la protection des données, le RGPD.

Et pour finir une directrice générale et une directrice adjointe.

[diapos 8 et 9]

Alors, dans notre stratégie d'intervention, il y a deux niveaux.

Le niveau 1, c'est l'accueil, l'information, l'orientation des personnes.

Cela se passe au niveau des assistantes de coordination. Elles reçoivent la personne, sont capables de répondre, pas besoin de visite à domicile, la demande n'est pas très complexe, la situation non plus, elles répondent, traitent le dossier et le clôturent.

Le niveau 2, c'est la coordination des parcours de santé, qui se traduit d'abord par une évaluation à domicile. Alors, je le dis tout de suite, nous sommes très attachés à la visite à domicile. Certains DAC de France ne font plus de visite à domicile.

Peut-être qu'ils vont revenir en arrière, parce qu'en fait, ça dépend de l'objectif. Si on est dans un objectif de chiffre, effectivement, on ne fait plus de visite à domicile, c'est-à-dire, en caricaturant un peu, que vous prenez la demande, vous faites l'évaluation à domicile, vous dites, qu'il faut mettre des heures de date à domicile, un portage de repas, etc., vous clôturez le dossier. Sauf que, dans la majorité des cas, ces demandes-là ne sont pas satisfaisantes.

Et en fait, pour des situations très complexes, la personne va rappeler ou l'entourage va rappeler parce que la situation s'est dégradée, les aides n'étaient pas vraiment adaptées, parce que le logement était encombré, il y avait des punaises de lit, la personne a des

troubles du comportement qu'on n'a pas diagnostiqués au téléphone. Et donc, ça fait deux dossiers au lieu d'un. Et pour les chiffres, ça, c'est bon.

Je caricature un peu, mais la demande de nos tutelles, c'est vraiment de faire un peu du chiffre. On a des objectifs à atteindre. Mais nous, on n'est pas tellement dans cette logique.

Il nous semble que c'est quand même plus important de pouvoir évaluer à domicile la personne parce qu'on la voit dans son environnement, on évalue l'environnement et on voit s'il est adapté en termes d'aménagement, si les aidants ne sont pas trop épuisés, le conjoint, l'enfant, si ça n'est pas au quatrième étage, sans ascenseur, etc. Donc, c'est extrêmement important de pouvoir aller au domicile.

Ça, c'est vraiment le cœur de métier : l'évaluation, l'élaboration d'un plan d'aide selon les besoins et le souhait de la personne accompagnée, quand elle est en mesure d'exprimer ses besoins. Après, on essaie de voir, d'évaluer, de sonder aussi l'aidant. Et puis, on va jusqu'à la mise en place des aides quand la personne n'est pas en capacité de le faire ou que l'aidant est vraiment épuisé ou qu'il n'y a pas d'aidant.

C'est la majorité des cas des personnes qui s'adressent à nous.

Et puis, lorsque tout est mis en place, on fait le relais avec tous les partenaires qui vont intervenir au quotidien. Nous, on n'a pas d'équipe qui intervienne au quotidien. On n'a pas d'aide à domicile, pas d'aide-soignant. On fait le relais auprès de ces services et, une fois que tout est mis en place, nous nous retirons, on clôture le dossier. On peut réactiver le dossier si jamais il y a une hospitalisation, un événement qui oblige à réajuster les aides.

[diapo 10]

Quelles sont les actions du DAC ? J'en ai un peu parlé : évaluation, information, organisation du maintien à domicile, coordination du retour à domicile en cas d'hospitalisation.

On essaie dans la mesure du possible, si on connaît la personne, de préparer l'hospitalisation et d'anticiper le retour à domicile pour éviter les retours catastrophiques un vendredi soir, sans aide en place à domicile. Cela fait 26 ans qu'on travaille sur le territoire, on a créé des liens de proximité et de partenariat assez forts avec nos hôpitaux de secteur, ce qui permet aussi de négocier avec les hôpitaux une sortie non précipitée, de façon à ce que le retour à domicile se fasse dans les meilleures conditions possibles. On leur dit « vous nous gardez la personne le week-end, s'il vous plaît, puis lundi, tout sera en place ».

C'est aussi avantageux pour l'hôpital, parce que ça évite les retours aux urgences, du fait que le maintien à domicile n'était pas complètement encadré. Voilà, recherche d'intervenants, appui aux professionnels, donc ça c'est une autre de nos missions, soutien des proches aidants - ça j'en parlerai plus tard.

L'appui aux professionnels : c'est aussi une de nos missions fortes, c'est-à-dire que dans tout parcours de personnes que nous accompagnons, majoritairement des personnes âgées, il y a des professionnels qui interviennent : le médecin traitant, l'assistante sociale de secteur, le service d'aide à domicile, etc., le tuteur aussi. On travaille en lien avec eux, et lorsqu'ils ont une difficulté dans la prise en charge, ils nous sollicitent et on intervient en renfort. Ces

renforts se traduisent notamment par des visites conjointes, mais aussi par des réunions qui nous permettent de parler tous ensemble.

Ça paraît tout bête, mais on met tous les partenaires autour d'une table, on se voit, on fait connaissance, et juste le fait que le médecin voit l'aide à domicile qui intervient tous les jours, ça permet de lever des tensions, des incompréhensions, des manques de communication, et de faire repartir l'accompagnement sur une bonne voie. Alors cet appui aux professionnels se traduit également par des formations, puisqu'on a aussi un organisme de formation. On est donc très spécialisé dans l'accompagnement des situations très complexes. On propose un tas de formations sur ce champ-là spécifiquement, et sur l'accompagnement des aidants, qui est aussi un axe fort de notre structure.

Dernier point de ces actions, c'est l'« observatoire de rupture de parcours ». Notre mission, c'est aussi de repérer les manques ou les doublons sur notre territoire, et de faire en sorte qu'il n'y ait plus de manques, et que les doublons ne se doublent pas trop quand c'est possible. C'est ce qu'on appelle aussi l'« animation territoriale », dans la mesure où on fait se rencontrer l'ensemble des partenaires qui n'ont pas forcément cette culture du travail en partenariat. Je pense aux médecins de ville, par exemple. Ils se sentent seuls souvent dans leur exercice libéral, et donc on les fait se rencontrer avec les institutions. Ce sont des rencontres en général assez riches.

[diapo 11]

On m'avait demandé de parler un peu plus des situations complexes et du maintien à domicile.

Comment ça se traduit ? C'est le repérage des situations complexes à domicile.

On essaie de les repérer de façon précoce. Pour cela, on a différents dispositifs.

Par exemple « LIENS », le dispositif de lutte contre l'isolement des seniors. Ce dispositif a été créé pour repérer les personnes les plus isolées, les plus fragiles, celles que personne ne voit.

Dieu sait s'il y en a à Paris qu'on ne voit pas et qui ont vraiment besoin d'aide. On cherche tous les moyens. On a testé plein de modèles, les sacs de baguettes de pain, la visite des gardiens, le déjeuner des gardiens aussi.

Plus on multiplie les actions, mieux c'est. Après, il faut pouvoir le faire, parce que ça demande du temps humain. C'est vraiment le repérage de ces personnes.

On accompagne effectivement des personnes qui ont des troubles, des maladies neurodégénératives, toutes les maladies neurodégénératives. Ce sont des maladies qui provoquent des troubles du comportement. On a une équipe qui est spécialisée aussi dans la gestion des troubles du comportement et qui forme les professionnels et les bénévoles à l'attitude à avoir face à une personne qui a des troubles du comportement.

La « gestion de cas », j'en ai parlé et juste dit qu'il y avait des gestionnaires de cas. Qu'est-ce que la gestion de cas ? C'est un mot qui vient du Canada, qu'on n'aurait pas forcément choisi parce que ce n'est pas très beau. Ce sont des professionnels qui sont

formés pour accompagner des situations très complexes jusqu'à la fin de la vie des personnes.

Ce sont des situations dont on sait qu'elles ne seront jamais stabilisées. C'est-à-dire qu'à un moment donné, ça se passe bien, et puis le lendemain, la personne refuse tout, vous met à la porte. Souvent, ce sont des personnes qui sont en opposition, soit du fait de troubles psychiques, soit du fait de maladies neurodégénératives, ou d'une intrication des deux.

Et donc, on a trois gestionnaires de cas qui suivent en moyenne 30 situations en file active, ce qui ne paraît pas beaucoup, mais elles passent énormément de temps auprès de ces personnes. Il y a un film qui va sortir, on est en train de chercher un producteur sur cette mission-là. Quand il sera sorti, madame Tranchant, je vous l'enverrai. Comme ça, vous verrez vraiment en situation la gestionnaire de cas. C'est intéressant.

Le travail en coordination avec le centre de ressources territorial dont je vais parler après, c'est vraiment aussi dans cette idée de parcours, de baliser le parcours au maximum pour ces personnes.

Et puis, je vous l'ai déjà dit, le lien étroit avec tous les professionnels et les aidants.

Et la prévention des hospitalisations en amont et en aval également.

[diapo 12]

Les limites des maisons des aidants, c'est qu'on n'intervient pas dans l'urgence. En général, l'urgence, c'est soit une urgence sociale, et ça ne relève pas de nos missions, soit une urgence médicale, et ça ne relève pas non plus de nos missions. C'est le SAMU dans ces cas-là.

Si ça arrive, on traite la demande et on passe le relais.

Et puis, on ne peut pas être sollicité quand c'est une problématique purement sociale. L'ouverture de droits, par exemple, ce n'est pas nous qui allons le faire.

[diapo 13]

Alors, comment on s'articule avec les autres structures ?

Les « services de proximité » sont chargés de l'ouverture des droits et de tout ce qui concerne le domaine social.

Les « Maisons des Solidarités » sont les nouveaux dispositifs pour Paris - je ne sais pas si ça vous parle - qui remplacent le CASVP (Centre d'Action Sociale de la ville de Paris), qu'on appelle CCAS en province.

On travaille évidemment avec notre association « Autonomie Paris-Saint-Jacques » qui porte une dizaine de dispositifs dont je vais vous parler. L'idée, c'est vraiment d'avoir un double parcours, à la fois pour la personne aidée et pour son aidant, parce qu'on sait qu'à côté d'une personne aidée, il y a souvent un aidant, et cet aidant, il est en général épuisé,

fatigué, et il a aussi besoin de soutien. On va donc accompagner les deux pour aller le plus loin possible et le plus longtemps possible à domicile dans les meilleures conditions.

Et puis on travaille en réseau avec tous les partenaires qui sont en lien avec des personnes en perte d'autonomie.

« Maison des aînés et des aidants », c'est un titre qui nous fait penser qu'on ne s'occupe que des personnes âgées, mais il y a le DAC à côté, qui veut dire qu'on s'occupe de toutes les personnes en perte d'autonomie, ce dont je vous ai parlé tout à l'heure, ainsi que les personnes en situation de handicap et les malades. Mais on se rend compte que, majoritairement, ce sont quand même des personnes plutôt âgées et la moyenne d'âge, c'est plutôt 85-86 ans.

[diapo 14]

Alors, il y a un autre type de service. Là, on sort de l'Autonomie Paris-Saint-Jacques et de la Maison des aînés et des aidants. Ce sont les « services autonomie à domicile » qui remplacent les services d'aide à domicile et les SSIAD. C'est la même chose, c'est la dénomination qui change.

L'idée, c'est de pouvoir améliorer le lien entre le SSIAD et le SAAD, le service de soins à domicile et le service d'aide à domicile, et faire en sorte que ces deux entités soient vraiment plus intégrées et coordonnées ensemble. La démarche de ces nouveaux services, c'est de simplifier les démarches avec un interlocuteur unique, c'est-à-dire que vous avez une porte d'entrée pour tous ces services. C'est une coordination renforcée, c'est ce que je viens de dire.

Du coup, c'est de pouvoir aussi proposer une réponse qui soit un peu plus complète qu'auparavant en faisant de la prévention, du repérage des maltraitances, des fragilités, du soutien aux aidants.

[diapo 15]

Il y a deux catégories de services autonomie à domicile : des SAD mixtes, c'est-à-dire qui font du soin et de l'aide, et puis des SAD qui ne font que de l'aide à domicile.

Ça dépend de l'histoire de chaque structure.

Il y a 4 missions-socle obligatoires pour les SAD mixtes et les SAD aide : l'aide et l'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne (faire les courses, le ménage, le repassage, même sortir avec la personne pour se promener) ; répondre aux besoins de soins ; aider à l'insertion sociale (c'est typiquement emmener une personne âgée au club, sortir au marché, etc.) ; les actions de prévention de la perte d'autonomie, de préservation, de restauration et de soutien à l'autonomie, ce qui peut se traduire de plein de façons différentes, avec des ateliers, par exemple.

Il y a aussi les missions facultatives : c'est le soutien aux aidants et puis le centre de ressources territorial.

[diapo 16]

Quelles sont les conditions d'accès aux SAD ?

Il faut être une personne en perte d'autonomie de 60 ans et plus, en situation de handicap, ou qui nécessite un accompagnement à domicile temporaire ou durable (personnes qui sortent de l'hôpital, soutien pour les aidants, ou maladies chroniques).

Globalement, ça vise un public qui est très large.

Pour les prises en charge financières, il y a l'allocation personnalisée d'autonomie. Pour cela, il faut résider en France de façon stable, avoir plus de 60 ans et relever de ce qu'on appelle les GIR 1 à 4 (1 étant la personne la plus dépendante et 4 la moins dépendante), sachant qu'après, il y a encore les GIR 5 et 6, qui sont couverts par l'aide sociale, ou par les caisses de retraite, telles que la Caisse nationale d'assurance vieillesse, à laquelle vous n'êtes pas rattachés.

Et puis, il y a le « volet soins » : ce sont les soins infirmiers à domicile qui sont pris en charge par l'assurance maladie sur prescription médicale. Donc là, c'est pareil. Pour vous, ce n'est pas tout à fait le même régime.

[diapo 17]

Les centres de ressources territoriaux sont un nouveau dispositif qui vise à renforcer le maintien à domicile. Il est donc complémentaire de ce que peuvent faire les DAC.

Nous, on a fait le choix de coconstruire ce centre de ressources territorial de façon à ce qu'il n'y ait pas de doublons de mission, mais que les ressources qu'on nous donne et qu'on donne au centre de ressources soient bien utilisées pour faire un parcours qui avance et qui soit complémentaire de ce que l'on propose.

L'idée est de renforcer une équipe de services d'aide à domicile de façon à éviter une entrée trop précipitée en EHPAD. On remarque souvent que l'entrée en EHPAD peut être retardée en renforçant les aides.

Ça ne va pas durer très longtemps, mais ça peut durer un an ou deux, c'est déjà ça, parce que les personnes, plus elles vivent chez elles, mieux elles sont.

Vous avez un accompagnement renforcé qui se traduit par une coordination médicale poussée, des aides humaines, une adaptation du logement, un soutien psychologique et puis un appui des professionnels du territoire par une formation, une expertise et la coordination. Il y a des missions qui ressemblent aux nôtres, et pour éviter qu'on fasse la même chose, on essaie de se coordonner et ils proposent, par exemple, des formations complémentaires de celles que nous proposons.

Les CRT ont aussi un accord avec un EHPAD qui propose des places d'hébergement temporaire.

Si, à un moment donné, dans la prise en charge du CRT, il faut un hébergement temporaire parce que l'aidant est fatigué, par exemple, il y a une facilité pour avoir des places en hébergement temporaire. Et puis, c'est aussi une façon pour la personne de s'habituer éventuellement à l'entrée définitive tout court.

[diapo 18]

La différence avec l'EHPAD « hors les murs », dont vous avez peut-être entendu parler, c'est que dans le cas des CRT, on part d'un service d'aide à domicile et c'est une équipe qui, au sein du service d'aide à domicile, continue à intervenir à domicile.

L'EHPAD « hors les murs », c'est une équipe qui est rattachée à un EHPAD et qui va au domicile.

Les deux peuvent se croiser, mais en général, vous n'avez pas sur le même territoire les deux dispositifs parce qu'ils ont des missions qui sont les mêmes.

Alors, on se dit que c'est encore un millefeuille, encore un service, etc. On peut le voir comme ça, effectivement. On peut le voir aussi de façon plus positive, en se disant que c'est très bien, tout le monde va encore plus se parler.

[diapo 19]

C'est piloté par nos deux financeurs principaux, l'Agence régionale de santé et le Conseil départemental.

Moi, j'y vois un intérêt parce que ces deux institutions se parlent maintenant.

L'idée, c'est de réunir l'ensemble des partenaires d'un territoire de façon à ce qu'ils se connaissent, qu'ils se coordonnent mieux, de façon à simplifier les parcours, renforcer la coordination, harmoniser les réponses sur l'ensemble du territoire, que vous soyez servis de la même manière dans le 18^e, Paris-Centre et puis dans les Yvelines ou le Val-d'Oise ou dans la Creuse. Vraiment, ce serait l'idéal.

Et puis il faut soutenir les aidants et favoriser le maintien à domicile.

Ce n'est pas un guichet unique, ce sont des réunions thématiques où, finalement, nous, M2A, on va présenter nos missions aux autres partenaires.

Et puis on va réfléchir sur des thématiques qui nécessitent qu'il y ait une meilleure coordination, une meilleure information, un renfort peut-être financier de l'Agence régionale de santé. Et donc ça permet, in fine, de mieux travailler ensemble, de se connaître et puis aussi de susciter des nouveaux appels à projets pour créer des nouveaux services. Mais ce n'est pas un guichet unique.

[diapo 20]

L'une des réalisations, c'est la cellule départementale de lutte contre la maltraitance. C'est une cellule toute nouvelle. Vous avez ça dans chaque département, comme le SPDA, d'ailleurs. La cellule maltraitance permet de recenser tous les signalements sur le département, de recueillir, d'analyser ces signalements et puis de faciliter aussi le lien avec les procureurs.

Nous, on fait des signalements directement au procureur, ça permet d'accélérer les procédures et donc de mieux protéger les personnes vulnérables qui sont victimes de maltraitance et aussi d'organiser des actions de prévention.

Tous les services qu'on propose, vous y êtes les bienvenus et vous pouvez en bénéficier, c'est pour tous les citoyens.

Quelles sont les conditions financières ? Les conditions financières vont concerner les services de soins et d'aide à domicile.

[diapos 21 et 22]

Je vous ai dit que la M2A fait partie d'une association qui s'appelle « Autonomie Paris-Saint-Jacques » qui a plusieurs services.

Il y a un service d'évaluation qui évalue les personnes en GIR 5 et 6. Donc on a vu que pour 1 à 4, c'est l'allocation personnalisée d'autonomie, et pour 5 et 6, c'est la CNAV, la Caisse nationale d'assurance-vieillesse et quelques grandes caisses d'assurance-vieillesse qui mandatent des structures comme la nôtre pour réaliser les évaluations et faire un plan d'aide.

Il y a aussi un service de formation, un dispositif de lutte contre l'isolement des seniors, et ça, c'est pareil, c'est en train de se mettre en place sur tout Paris.

On porte « Paris en compagnie » (j'ai apporté des petits dépliants). C'est une association qui met en lien des bénévoles avec des personnes âgées, donc des personnes qui peuvent encore sortir de leur domicile.

L'objectif, c'est d'éviter la rupture des liens sociaux et donc de continuer à préserver le maintien de la vie sociale de la personne âgée.

On vient d'ouvrir Nantes en compagnie, s'il y a des Nantais dans la salle, qui a été officiellement inauguré en février.

Et puis, il y a le dispositif d'aide aux aidants.

[diapos 23 à 28 - LIENS]

On est partis d'une étude visant à identifier les facteurs de rupture, à quel moment une personne âgée perd le lien avec la société. Il y a plusieurs facteurs, et en fonction de ça, on a mis en face des leviers.

Je donne juste un aperçu, comme ça, vous aurez envie d'aller lire la suite : Les facteurs, les leviers, les objectifs du projet, les axes d'action du projet.

[diapo 29]

« Paris en compagnie », j'en ai déjà parlé.

[diapos 30 et suivantes]

Quel accompagnement pour les aidants ?

Quelle est la définition d'un aidant ?

C'est une personne qui vient en aide de manière régulière et fréquente à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne de personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap.

Aujourd'hui, on a recensé à peu près 11 millions d'aidants en France, mais je pense qu'on est en dessous des vrais chiffres, parce que tout le monde ne se déclare pas et ne sait pas qu'il est aidant, en réalité.

Pour le savoir, on peut se poser ces 4 questions :

Est-ce que j'ai un lien affectif ou familial avec une personne de mon entourage qui peut être un voisin ?

Est-ce que cette personne a besoin d'être aidée dans sa vie quotidienne ? Ce peut être juste faire des courses.

Vous l'aidez de façon régulière et cette aide prend différentes formes : courses, ménage, administratif, soins.

Dans ces cas-là, si je remplis ces critères, je suis aidant. Voilà quelques chiffres. Je passe vite.

On a donc une difficulté de repérage des proches aidants parce qu'ils ne se reconnaissent pas forcément aidants. Vous lirez la suite.

L'idée, c'est d'arriver à se repérer comme aidant et de chercher du soutien et se faire aider. Et ce n'est pas égoïste de s'occuper de soi quand on est aidant. Au contraire, si vous vous aidez, vous prenez soin de vous, vous accompagnerez mieux votre proche aidé. Parce que si vous ne faites pas ça, vous allez vous épuiser, craquer, et votre proche aidé n'aura plus personne avec qui vivre et pour s'occuper de lui.

Il y a deux portes d'entrée pour les aidants : il y a les Maisons des aînés des aidants, ou les CLIC, ou les maisons des autonomies.

Et puis la deuxième porte d'entrée, ce sont les « plateformes d'accompagnement et de répit » (PFR). Vous en avez dans toute la France. Ces plateformes d'accompagnement et de répit sont vraiment spécialisées dans l'accompagnement des aidants.

Je vous ai indiqué les grandes missions.

Les M2A, les CLIC, c'est pour le proche aidé. C'est la porte d'entrée pour le proche aidé. Mais quand on voit que l'aidant est épuisé, on le prend aussi en charge et on l'oriente, soit vers la PFR, soit vers d'autres dispositifs.

La PFR - je vous ai mis celle du centre - est vraiment pour les aidants de proches atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ou en situation de perte d'autonomie. C'est souvent un dossier en accueil de jour. La PFR va donc ne proposer des activités que pour les aidants.

En revanche, si un aidant s'adresse à la PFR et qu'on voit que la personne aidée a besoin d'aide, que personne n'est mis en place, la PFR va nous contacter. Et dans ces cas-là, on interviendra pour la personne aidée.

Sur cette diapo, je vous ai mis un certain nombre de dispositifs pour les aidants.

Il y en a vraiment beaucoup. Il y a Aid&vous, par exemple, c'est un dispositif sur tout Paris.

On a une équipe qui intervient au domicile des aidants pour de la sophrologie, des cours de pilates, des cours de nutrition, un ergothérapeute. L'idée, c'est vraiment d'aller chercher l'aidant, lui apporter du conseil, du réconfort à domicile parce que l'aidant ne peut plus sortir. Il est tellement épuisé qu'il n'arrive plus à sortir.

Et puis, on a la Maison des aidants, à la mairie du 5^e, qui est ouverte à tous les aidants de Paris, où on a plein d'activités.

Et puis je termine par Centr'aider. Centr'aider, c'est un dispositif régional, c'est pour ça que je vous en parle (je vous ai apporté des plaquettes aussi), dont l'objectif est d'aider les aidants à se reconnaître aidant et à mieux savoir chercher l'information.

Donc il y a plein d'axes d'action.

Le 1^{er} axe d'action qu'on a mis en place, c'est un site internet. Je vous invite à le regarder. Vous avez toutes les offres référencées sur l'Ile-de-France.

Pour tous les départements, ce n'est pas encore le cas. Il y a un département qui est un peu à la traîne, mais on y va. Et donc, les offres doivent se recenser sur Centr'aider.

Vous avez des conseils, une boîte à outils, des vidéos, il y a plein, plein de choses. C'est pour la région, mais il y a des choses qui s'appliquent pour toute la France.

Et puis, on a des mallettes pour les professionnels, dont l'objectif est d'outiller les professionnels à mieux accompagner les aidants. Parce que souvent, on remarque un médecin neurologue ou une aide à domicile, les deux maillons de la chaîne à chaque bout, qui prennent en charge très bien la personne malade.

Mais souvent, l'aidant qui est à côté, c'est celui qui est l'empêcheur de tourner en rond, celui qui va critiquer la cuisson du riz, qui va poser trop de questions sur la pathologie. Il est casse-pieds, cet aidant.

Et en fait, c'est souvent révélateur d'angoisse, de culpabilité, d'épuisement. Et donc, il faut aussi prendre en considération et aider cet aidant. Outiller les professionnels, c'est leur faire prendre conscience que cet aidant a aussi besoin d'aide et savoir comment l'aider, vers qui l'orienter.

Et puis, on fait beaucoup d'événements, par exemple dans les Yvelines. Vous allez pouvoir assister dans le Val-d'Oise à la tournée du Break Aidant, puisqu'on vient d'acheter un *food truck* grâce à la G2R qui va sillonner les campagnes du Val-d'Oise et des Yvelines, là où, finalement, on ne repère pas, on ne connaît pas les aidants. Et on va aller vraiment à leur rencontre, leur apporter du soutien, des conseils et les orienter.

Je vais juste vous dire par qui on est financés : l'Agence régionale de santé, l'Assurance retraite, Paris. Et puis on cherche des sous partout.

Contrairement à votre association, on peut recevoir des dons depuis l'année dernière. Donc si vous avez envie, n'hésitez pas.

[diapo 49]

Pour finir, voici nos coordonnées de contact.

Et un grand, grand merci.

Isabelle Tranchant

Un grand merci à vous pour cette présentation très détaillée qui répond vraiment, point par point, à toutes les questions que je vous avais posées. Elles étaient nombreuses.

Sur la question des aidants, je voulais simplement souligner qu'en tant que bénévole, quand je suis en contact avec l'aidant proche d'un de nos membres qui est en situation de perte

d'autonomie assez prononcée ou de maladies neurodégénératives qu'on vient juste de diagnostiquer, j'essaie vraiment systématiquement de faire passer le message. Épargnez-vous. N'hésitez pas à faire appel aux dispositifs que vous mentionnez et qui existent dans toute la France, quel que soit le nom, il y a plein de solutions, surtout pour éviter l'épuisement.

Mais comment dire ? Le contre-argument que j'entends souvent, c'est « je n'ai pas le temps, ce n'est pas possible, je n'ai pas le temps de m'occuper de ça ». Déjà avec les procédures RCAM qui sont assez compliquées et que l'aidant proche ne connaît pas nécessairement sur le bout des doigts, c'est assez difficile. Mais j'essaie à chaque fois de répéter ça pour éviter justement l'épuisement des aidants parce que, sinon, nos adhérents sont laissés dans la nature.

Réponse de Mme Bouchaud

En fait, je ne vous en ai pas parlé, mais on a un programme d'éducation thérapeutique qui aide le patient à prendre soin de lui.

C'est vraiment ça. Ça a commencé par les diabétiques, et ça s'étend à toutes les pathologies.

Il y a un programme qui a été mis en place pour les aidants. L'idée, c'est d'aider l'aidant à prendre soin de lui. Mais on a remarqué qu'on ne pouvait pas inciter l'aidant à prendre soin de lui avant d'avoir tout mis en place pour son proche aidé.

Donc la priorité, c'est d'abord de tout mettre en place pour le proche aidé, et une fois que tout est mis en place, on va s'occuper de l'aidant. On y va vraiment dans un deuxième temps.

Je vous parlais par exemple du neurologue qui va diagnostiquer une maladie d'Alzheimer à son patient. Il y a l'aidant qui est juste à côté. C'est délicat dans la première rencontre, au moment du diagnostic, de dire « Madame, vous êtes aidante, je vous donne la mallette, le guide, etc. ».

Ce n'est pas le bon timing, en fait. On va d'abord s'occuper de l'aidé, mettre en place les aides, etc. Et donc, ça se fait en plusieurs temps.

Il y a tout un aspect administratif qui est très chronophage et dans lequel, souvent, les aidants sont vraiment perdus pour différentes raisons. Parce que c'est compliqué, parce que, du coup, il y a un épuisement, il y a du stress, il y a plein de choses. Alors, nous, on essaie d'aider l'aidant dans ses démarches administratives.

C'est pour ça qu'on a créé un poste de coordinatrice spécialisée dans l'accompagnement des aidants. Et j'aurais bien aimé rencontrer la ministre ce matin. J'ai parlé à la précédente ministre en lui disant qu'il faut créer ces postes-là, etc.

On prend sur nos fonds propres pour ce poste-là. Mais on sent bien qu'il y a un accompagnement spécifique des aidants qui est à imaginer. La ministre a parlé des aidants ce matin, c'était sa 6e priorité. Mais ce poste-là, il faut vraiment le défendre.

J'ai réussi, pour l'année prochaine, à le faire financer en partie par nos organismes de tutelle, mais jusqu'à présent, c'était compliqué de leur faire comprendre. En fait, ils ne

comprenaient pas. Quand vous avez quelqu'un qui s'occupe d'une personne aidée, les organismes de tutelle pensent qu'ils s'occupent forcément de l'aidant.

Non, ils ne s'occupent pas forcément de l'aidant parce qu'en fait, c'est chronophage. C'est un double travail. Et puis l'aidant n'a pas forcément envie que ça se passe dans le même temps. C'est ce que je disais, ce n'est pas le bon timing non plus. Et puis il faut des gens spécialisés.

Isabelle Tranchant

Les centres de ressources territoriaux dont vous avez parlé, il y en a un sur Paris Centre. Il y en a déjà un certain nombre en France. L'objectif, c'est d'en avoir 500, je crois, sur toute la France à l'horizon 2028. Il y en avait déjà 174 fin 2024. Donc je suppose que ça progresse d'année en année, mais c'est dans tous les départements.

Réponse de Mme Bouchaud

Oui, c'est ça.

Alors sur Paris, effectivement, le premier, ça a été celui de Paris centre, mais ils sont tous en train de se développer sur tout Paris. Maintenant, je pense que Paris est complètement couvert de CRT.

Alors c'est toujours le problème... On parlait de millefeuille tout à l'heure.

Pour Paris, c'est compliqué. C'est-à-dire qu'une M2A peut couvrir 3 CRT. Donc ça veut dire autant d'interlocuteurs, autant de réunions, etc. Et je ne vous ai pas parlé des CPTS. C'est un petit peu la complexité parisienne.

Nous, on a de la chance, on n'en a qu'un sur notre territoire, donc ça facilite les choses. Puis on l'a vraiment monté ensemble.

Mais ça se développe, oui.

Isabelle Tranchant

En ce qui concerne les centres de ressources territoriaux qui peuvent être pilotés, d'après ce que vous aviez expliqué, par un EHPAD ou par un service autonomie à domicile, cette nouvelle structure, pour les EHPAD, comment est-ce que ça peut fonctionner en sachant que, dans un certain nombre d'EHPAD, il y a un problème de pénurie de personnel ?

Réponse de Mme Bouchaud

Alors, il y a des fonds, il y a une dotation qui est assez importante pour les CRT et qui permet de renforcer l'équipe. Je n'ai plus ça en tête, mais je crois qu'il y a 5 professionnels pour le CRT-Centre.

Ce ne sont pas des professionnels de l'EHPAD. Ce sont des personnes qui ont été recrutées en plus. Donc pour le moment, parce qu'il faut voir la suite, il y a des financements très importants sur les CRT.

Marie-José Dupraz

Si j'ai bien compris, tout assuré social en France a droit gratuitement à tous vos services. Alors, par exemple, pour nous, on a eu le cas d'une sortie à l'hôpital.

On a demandé, à l'époque, au SSIAD, le service de soins infirmiers à domicile. Et on nous a dit qu'étant donné que vous n'acceptiez pas d'argent, que ce n'était pas possible pour nous puisque nous n'appartenons pas à la Sécurité sociale française. On a donc été renvoyés vers le régime libéral, ce qui nous oblige, en sortant d'un hôpital, à trouver les équipements nécessaires, les médicaments. Et donc, on est livrés à nous-mêmes.

La question est donc de savoir quelles seraient les possibilités pour nous, avec notre régime, de pouvoir intégrer votre service ?

Réponse de Mme Bouchaud

Alors, je vais nuancer ce que j'ai dit un peu tout à l'heure. C'est-à-dire que nous, on ne porte pas de SSIAD ni de SAD. Donc les services de l'association, vous pouvez en bénéficier parce que ce sont des services financés par les impôts, mais gratuits pour la personne ; il n'y a rien à déboursier.

En revanche, effectivement, les SSIAD en particulier, on en parlait tout à l'heure, c'est compliqué parce que vous n'êtes pas assuré par l'assurance maladie. En principe, il n'y a rien à payer. Enfin, vous ne déboursez rien sur le moment.

Les SSIAD ne peuvent pas émettre de factures.

Il y a donc vraiment quelque chose à créer pour que vous puissiez en bénéficier.

Et donc, pour le moment, vous êtes effectivement obligés de passer par des prestataires libéraux.

Isabelle Tranchant

J'avais une question, puisqu'on a parlé aussi des plateformes de partage d'informations.

On en a déjà parlé ensemble tout à l'heure. Et effectivement, vous avez vérifié avec votre collègue, il faut normalement avoir un numéro de Sécurité sociale français pour pouvoir être intégré dans ces systèmes numériques de partage de l'information entre les professionnels.

Réponse de Mme Bouchaud

Oui, pour le moment, effectivement, il faut un numéro. Les systèmes sont formatés pour ce numéro.

En tout cas, c'est le numéro qui est demandé. Je ne pense pas qu'il y ait de possibilité d'intégrer un autre numéro.

Isabelle Tranchant

Parce que c'est le cas du dossier médical partagé, par exemple, pour lequel on n'a pas cet accès. Alors, comment ça pourrait se passer en pratique s'il n'y a pas cette possibilité de partage d'informations entre les professionnels qui interviennent dans un dossier ?

Réponse de Mme Bouchaud

C'est une question que je vais faire remonter à nos organismes de tutelle, et notamment à l'Agence régionale de santé, et au service qui s'occupe de faire évoluer les outils informatiques.

Isabelle Tranchant

D'accord. Et c'est une question que nous faisons, par la même occasion, remonter vers nos collègues de Bruxelles.

Question d'un(e) participant(e)

En fait, le SSIAD reçoit un budget du département. Et donc, moi, j'y emmène mon mari et on ne paye rien. Et eux reçoivent une enveloppe. Ils ont 43 patients, et on fait partie des 43 patients.

Donc ça, c'est le service de la ville ? C'est le service de la maison du département.

Réponse de Mme Bouchaud

Oui, c'est ça.

C'est une particularité. Mais on peut en bénéficier. Moi, je vous ai parlé des services qui sont rattachés à une association. Effectivement, les services de la ville ont une autre possibilité. Donc ça, c'est bon à savoir.

Question de Claire Durand Miedema

J'ai deux petites questions. La première, c'est que je trouve ça extrêmement intéressant, mais un peu difficile à digérer, que ce soit les informations de Fátima, ou de l'Action sociale, ou de Mme Bouchaud.

Est-ce que tout cela sera publié dans notre Info, ou ailleurs ? Par exemple, le téléphone de l'Action sociale, on parle d'un téléphone, mais on ne nous le donne pas. Donc c'est difficile de vous joindre.

Ma deuxième question, elle s'adresse un peu à Fátima. Parce qu'on a parlé ici de l'aide-à la dépendance.

Si j'ai bon souvenir, dans le cadre du RCAM, il y a aussi une aide à la dépendance, n'est-ce pas ? Donc c'est deux choses différentes. Et ce sont des aides auxquelles tout le monde a droit, quel que soit le montant de sa pension, et soumis à quelques conditions, évidemment, de perte d'autonomie. Je me trompe ?

Parce que souvent, on a, dans le parcours de la personne, l'aide-dépendance. Et ensuite, elle est transférée dans un département. Donc, en ce qui concerne la facturation, la partie de l'hébergement, c'est clair.

Pour le reste, il y a la dépendance et les frais de maladie. Donc, qu'est-ce que vous prenez en charge ?

Réponse d'Isabelle Tranchant

On va vous envoyer les présentations Powerpoint qui ont été présentées ce jour.

Réponses de Fátima de Almeida Gomes

Peut-être qu'il faudra qu'on publie le numéro de téléphone quelque part.

L'aide dont parle Olivier est différente. Elle est non médicale.

Il y a deux choses. Donc, vous pouvez faire une demande pour bénéficier des soins de santé en EHPAD. Donc, tous les frais qui sont liés à l'aspect soins, qui sont basés sur l'échelle de dépendance, ça, c'est une chose.

L'autre chose, c'est la partie hébergement. Et là, c'est aussi un forfait, 36 euros par jour, multiplié par 1,49 pour la France, par jour. Ce n'est pas une aide, c'est un droit que vous avez, il est soumis à certaines conditions.

D'une part, à l'établissement d'un rapport médical, le formulaire lié à l'aspect financier. Vous devez remplir une série de documents. Donc, il y a l'évaluation de la dépendance, dont vous connaissez l'existence.

C'est sur base de cette évaluation que le niveau de remboursement va être établi.

Je vous enverrai toutes les informations aussi par écrit, sans problème, parce que c'est beaucoup de détails.

Donc, pour aller résider dans un EHPAD, il faut une autorisation préalable, sur base d'un rapport médical qui comporte l'évaluation de la dépendance ; c'est une échelle un peu différente de la grille AGGIR, qui est plus médicale, plus liée à une évaluation médicale qu'à une évaluation de la dépendance, qui est plus celle de la France.

Elle ne couvre pas la même granularité, en fait. C'est pour ça qu'on vous demande de compléter un autre formulaire, parce que le nôtre a des aspects médicaux assez conséquents.

Et donc, vous devez demander une autorisation préalable, sur base de ce dossier, également accompagnée du contrat qui est proposé par l'EHPAD et qui doit bien établir le coût des soins liés à la dépendance séparément du coût de l'hébergement, sauf en cas d'impossibilité, à cause d'un forfait, comme ça existe en Belgique, et là, ce n'est pas aussi intéressant, parce qu'après, vous serez remboursé au forfait.

Parfois, ça ne couvre pas exactement ce qui est nécessaire. Il faut noter que dans un EHPAD, les soins médicaux, qui ne sont pas les soins quotidiens dépendance, par exemple les consultations, les médicaments, les kinés, tout ça est facturé séparément et remboursé séparément. Ça n'est pas inclus dans le forfait.

Question d'un(e) participant(e)

Comment vous interprétez le lien juridique entre le service et l'hôpital ?

Réponses de Fátima de Almeida Gomes

Nous n'avons pas cette interprétation de notre côté. Pour nous, ce sont deux entités qui offrent des prestations tout à fait séparées.

Par exemple, vous êtes hospitalisé et vous êtes transporté ensuite dans un centre de révalidation. Ça, c'est une chose qui peut paraître liée à la dépendance ou à un EHPAD, mais ça n'est pas considéré de la même façon. C'est tout à fait une autre procédure.

Sinon, pour nous, une hospitalisation en milieu hospitalier est exclusivement médicale. Elle n'a pas trait à une évaluation de la dépendance. C'est juste thérapeutique, soins de santé, et il n'y a aucun lien juridique ou quelconque.

Donc, si la personne qui est admise à l'hôpital est admise sur base d'un dossier médical, donc de santé, quand elle va en EHPAD, son acceptation dans un EHPAD est liée à une

évaluation de la dépendance qui va au-delà des aspects de santé et qui n'a pas forcément un lien avec le problème de santé que la personne a. On doit aussi clôturer la journée.

Dernière question

Je voudrais simplement vous informer que dans la région PACA, en fait, dans les factures, on ne dissocie pas la partie hébergement de la partie médicale parce qu'ils considèrent que ça fait partie du ticket modérateur pour lequel le département reverse aux EHPAD un certain montant. Les seules deux lignes que vous allez observer, c'est l'hébergement avec la partie médicale et, par exemple, pour les aidants ou les accompagnants ou la famille qui viennent déjeuner sur place, une ligne où il y aura marqué repas tel jour à telle heure. Mais il n'y a pas de séparation des frais médicaux.

Alors, ça dépend peut-être aussi des organismes privés. J'ai demandé à l'EHPAD et ils m'ont répondu qu'ils étaient dans l'incapacité de le faire.

Leur système informatique ne le permet pas.

C'est le cas du groupe Senectis qui couvre 6 ou 7 EHPAD.

D'autres ne fonctionnent pas de la même façon.

Réponses de Fátima de Almeida Gomes

À Paris, beaucoup d'EHPAD font vraiment la distinction entre l'hébergement et les soins collectifs. Sans parler, évidemment, ponctuellement, comme vous avez dit, des kinés. Il y a vraiment deux lignes différentes.

Ce que vous décrivez, c'est ce qu'on appelle la maison de repos au forfait qui englobe les deux parties hébergement et soins de la dépendance, mais pas les soins médicaux en soi. C'est ce qu'on appelle au forfait.

Isabelle Tranchant

On n'aura pas la possibilité d'accepter d'autres questions.

Par contre, si vous avez des questions qui vous tiennent à cœur, je vous invite à nous contacter, Marie-Josée Dupraz et moi-même, à nous écrire. Vous avez nos adresses e-mail dans l'annuaire de l'association. On verra ensuite vers quels services on doit rediriger les questions, soit le PMO, soit la DGHR éventuellement, ou Mme Bouchaud, puisqu'on a prévu de rester en contact.

Je tiens encore infiniment à vous remercier, vous, Mme Bouchaud en particulier, ainsi que nos deux intervenants qui sont venus spécifiquement de Bruxelles pour toute la journée.