



SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE 2012-2016

« Bien vivre son âge à Paris »

**« Vieillir est encore le seul moyen
qu'on ait trouvé pour vivre longtemps »
Oscar Wilde**

Après plusieurs mois d'échange, de concertations la tenue de groupes de travail riches et fructueux, je suis heureuse de vous présenter le schéma gérontologique 2012-2016 du Département de Paris, intitulé « Bien vivre son âge à Paris ».

« Bien vivre son âge à Paris », car le constat est là : dès lors qu'on évoque les « seniors », on parle d'une population très hétérogène en termes d'âge, de projets de vie, de forme physique, de degré d'autonomie, etc. Notre ambition est que ce schéma puisse apporter au mieux des solutions adaptées.

Un deuxième constat, lié au premier, est celui de mutations profondes. De nombreuses problématiques nouvelles émergent depuis quelques années ; le diagnostic de ce schéma les dévoile et les rencontres que j'ai eues avec les professionnels et les associations le confirment : des personnes âgées plus isolées, fortement précarisées ; l'arrivée de malades « jeunes » atteints d'Alzheimer ; le vieillissement des migrants, arrivés dans les années 1950 pour travailler en France ; la question des femmes migrantes âgées ; des personnes handicapées vieillissantes ; le vieillissement des personnes atteintes par le VIH ; davantage de personnes très âgées et très dépendantes ; davantage de personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ; etc.

À ces « nouveaux publics », nous nous devons de répondre par un accompagnement plus spécifique, et l'adaptation de certains dispositifs.

Ce nouveau schéma annonce donc la création de 1 000 places en structures, dans la continuité de l'effort qui avait été réalisé dans le cadre du précédent, afin de rattraper le retard de Paris en termes de solution d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Avec ce nouveau schéma, notre objectif est en outre d'apporter des réponses plus affinées : aussi, nous allons poursuivre l'effort de création de places d'EHPAD, mais nous allons veiller à diversifier l'offre, en créant également des Petites Unités de Vie (PUV) et en développant sur le territoire parisien l'offre d'Hébergement temporaire.

J'ai également souhaité que nous sortions de la vision « monolithique » des EHPAD, pour que justement ces établissements soient mieux adaptés, par exemple grâce à l'accueil au sein de petites unités, de publics dits spécifiques, présentant des situations particulières : jeunes malades d'Alzheimer, dont la famille pourrait régulièrement être présente ; personne handicapée vieillissante, qui serait admise en EHPAD en même temps que son parent âgé ; etc.

La question des aidants a été très présente tout au long des travaux de ce schéma. Là aussi, l'adaptation de certains dispositifs et la création d'aides nouvelles semblent nécessaires pour les soulager dans cette tâche. C'est pourquoi nous avons notamment réfléchi à développer un « Forfait temps libre » permettant aux proches aidants de bénéficier de plages horaires plus longues, pour garder ou reprendre une vie sociale, vaquer à leurs activités personnelles ou simplement se reposer, tout en sachant la personne qu'ils accompagnent entre de bonnes mains.

Mais pour accompagner et aider correctement un proche âgé, il faut également être bien informé. Avec la réforme des CLIC Paris Emeraude en 2012, un grand pas a déjà été fait sur le plan de l'information et de la coordination. Je suis également particulièrement satisfaite du travail que nous avons mené avec l'ARS pour que les MAIA, dont l'objectif est de travailler de façon partenariale et concertée sur l'accompagnement et l'information des personnes âgées en perte d'autonomie, fonctionnent à Paris en parfaite harmonie avec les CLIC, sans ajouter de strate de coordination supplémentaire.

Dans ce nouveau schéma, la bonne information des usagers est en effet une priorité.

Toutefois, je me défends de constats alarmistes. Oui, les situations évoluent, des accompagnements nouveaux sont à imaginer pour ceux qui en ont besoin.

Mais le vieillissement est une chance, d'autant qu'on vit plus longtemps en bonne santé. Les seniors sont avant tout une ressource pour Paris : 51 % des plus de 65 ans sont bénévoles ; de nombreuses associations sont gérées par des seniors ; le succès de la carte Senior+, qui permet aux retraités de pratiquer des activités sportives, et plus généralement, de toutes les activités culturelle et de loisirs proposées à Paris, montre le dynamisme de la majorité des 420 000 « seniors » parisiens.

J'ai coutume de le dire : je ne souhaite pas qu'on parle des personnes âgées ou aux personnes âgées uniquement sur le ton de la compassion ou de l'empathie. A ceux qui disent « il faut leur faire une place à part », je réponds, « oui, une place à part entière dans la cité ».

Toute sa vie, on est citoyen et acteur de sa vie. Voilà pourquoi, au mot « dépendance », je préfère « perte d'autonomie » ; au « maintien au domicile », celui de « bien vivre chez soi » ; à la « prise en charge », « l'accompagnement ». Cela semble peut-être de la pure sémantique, mais les mots que l'on emploie sont importants. A travers eux, c'est notre vision de la société que l'on transmet.

Avant de conclure, je tiens à remercier, en premier lieu, les personnels qui au quotidien, dans les établissements, dans les services d'aide à domicile, interviennent auprès des personnes âgées. La valorisation de ces métiers essentiels me tient particulièrement à cœur. Elle ne relève, hélas, ni des compétences de la Ville, ni de celles du Département.

Merci à tous ceux qui ont collaboré à ce schéma, qui ont répondu aux questionnaires et participé aux groupes de travail. Grâce à votre connaissance du terrain, à votre expertise, ce schéma contient des propositions concrètes.

Merci à la DASES, dont les équipes se sont mobilisées durant des mois pour parvenir à ce document.

Enfin, je tiens à saluer la mémoire de Geneviève Laroque, décédée en septembre 2012. Sa vision du secteur gérontologique, ses idées sociales et son humour vont nous manquer. Ce schéma lui est dédié.

Liliane Capelle

Adjointe au Maire de Paris,
chargée des seniors et du lien intergénérationnel

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
Un territoire qui résiste au vieillissement.....	7
Un territoire marqué par de fortes inégalités entre les personnes âgées	7
A Paris, des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie plus dépendants, mais moins nombreux que la moyenne nationale.....	9
AXE A : Les seniors, une place à part entière dans la cité.....	10
Des seniors impliqués dans la Cité	10
Le logement : des efforts d'adaptation et d'accessibilité à développer.....	12
La mobilité des seniors : un besoin de solutions d'accompagnement personnalisé.....	15
Fiche 1 : Développer l'information aux usagers et former les professionnels	17
Fiche 2 : Adapter l'offre culturelle et de loisirs aux personnes âgées.....	19
Fiche 3 : Encourager les actions en faveur du développement du lien intergénérationnel	22
Fiche 4 : Renforcer les actions de prévention et d'éducation à la santé	24
Fiche 5 : Bien chez soi – Adapter son logement.....	28
AXE B : Accompagner le grand âge à Paris : agir au domicile, adapter l'offre d'hébergement, prendre en compte la réalité des aidants.....	32
Accompagner le grand âge à Paris : agir au domicile.....	32
Une offre de services importante et variée dont la lisibilité doit être améliorée	32
De nombreuses aides aux seniors qui vivent à domicile.....	37
Fiche 6 : Structurer et consolider le secteur de l'aide à domicile	40
Fiche 7 : Promouvoir la qualité de l'aide à domicile	43
Fiche 8 : Accompagner le grand âge à domicile	46
Accompagner le grand âge à Paris : adapter l'offre d'hébergement.....	48
L'offre d'hébergement : une capacité contrainte par le coût et la disponibilité du foncier	48
L'accessibilité financière.....	52
Fiche 9 : Adapter l'offre d'hébergement pour mieux prévenir et prendre en charge la perte d'autonomie	56
Fiche 10 : Accompagner le grand âge en établissement.....	59
Fiche 11 : Organiser la transition domicile/ établissement d'hébergement	62
Accompagner le grand âge à Paris : développer le soutien aux aidants	65
Fiche 12 : L'aide aux « proches-aidants ».....	69
Fiche 13 : Les Centres d'Accueil de Jour.....	72

Axe C : Affirmer la coordination territoriale et le travail en réseau des professionnels au service des personnes âgées	75
Fiche 14 : Etablir un diagnostic des ressources de chaque territoire.....	77
Fiche 15 : Affirmer la coordination territoriale.....	78
Fiche 16 : La gestion des situations complexes.....	81
Fiche 17 : La personne âgée à l'hôpital.....	83
Axe D : Prendre en compte les problématiques émergentes.....	87
Le maintien du lien social : des efforts à poursuivre	87
Les personnes âgées en situation de précarité	88
Les migrants âgés isolés.....	89
Les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques	92
Les personnes en situation de handicap vieillissantes et les jeunes malades Alzheimer	93
Fiche 18 : Repérage et réponse à l'isolement.....	94
Fiche 19 : Repérage et réponses aux situations de précarité.....	96
Fiche 20 : Repérage, intervention et prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques à domicile et en établissement	99
Fiche 21 : Les migrants âgés.....	102
Fiche 22 : Les personnes handicapées vieillissantes.....	105
ANNEXES	107
Bilan du schéma 2006-2011 « Paris et ses Aînés ».....	107
Axe : Méthodes	108
Axe A : Mieux vivre le temps de la retraite à Paris	111
Axe B : Accompagner le temps de la perte d'autonomie à domicile.....	119
Axe C : Des lieux de vie alternatifs au domicile.....	129
Axe D : Problématiques transversales.....	135
CONCLUSION	143
GLOSSAIRE	145
BIBLIOGRAPHIE ET SOURCES.....	149
COMITÉ DE PILOTAGE.....	151
REMERCIEMENTS.....	152

INTRODUCTION

UN TERRITOIRE QUI RÉSISTE AU VIEILLISSEMENT

Les Parisiens âgés de 60 ans et plus représentent 19,5%¹ de la population parisienne.

La proportion de personnes âgées est plus faible à Paris que dans l'ensemble de la France métropolitaine (22 %), aussi bien pour les personnes de 60 à 74 ans (12 % des Parisiens et 13 % des Français) que pour celles des 75 ans ou plus (7% des Parisiens contre 9 % des Français)².

De fait, selon une étude réalisée par l'APUR³, la population parisienne vieillit moins vite que le reste de la population française. Ainsi entre 1999 et 2007, le nombre de personnes âgées a progressé trois fois moins vite (0,4 %) à Paris qu'en Ile-de-France (1,5 %) ou en France (1,4 %).

Si l'augmentation de l'espérance de vie et l'arrivée des générations du baby-boom à l'âge de la retraite doivent se traduire par un vieillissement important de la population française, Paris vieillira cependant moins vite que les autres départements. En effet, l'INSEE prévoit ainsi d'ici 2030 une progression moins rapide des 75 ans et plus à Paris (+1,5 % par an) qu'en Ile-de-France (+2,2 % par an) et qu'en France métropolitaine (+2,1 % par an)⁴.

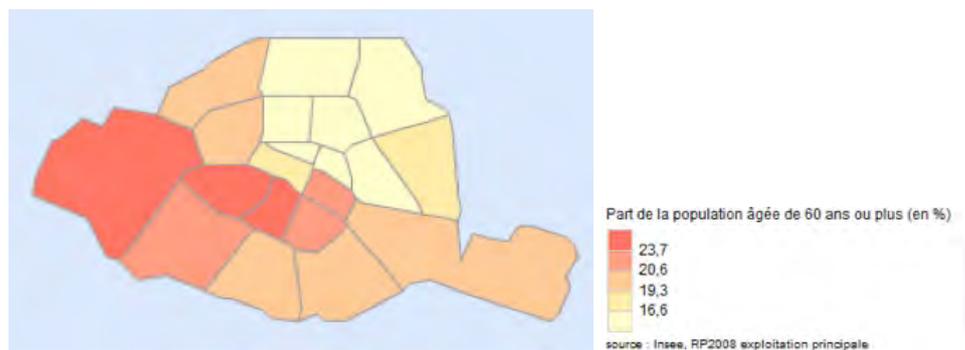
UN TERRITOIRE MARQUÉ PAR DE FORTES INÉGALITÉS ENTRE LES PERSONNES ÂGÉES

La répartition de la population âgée parisienne est inégale selon les arrondissements⁵.

Les arrondissements de l'ouest parisien sont « plus âgés » que ceux du nord-est.

RÉPARTITION DE LA POPULATION ÂGÉE DE PLUS DE 60 ANS (EN %)

La part de personnes âgées de plus de 60 ans est plus importante dans les arrondissements de l'ouest et du centre de Paris : 16^e, 7^e, 6^e, 15^e, 5^e et 4^e.



1 Une croissance modérée du nombre de Parisiens âgés dépendants à l'horizon 2030, INSEE, Ile-de-France à la page, n°385, février 2012

2 Source APUR, « Démographie : le vieillissement démographique est moins accentué à Paris qu'en France métropolitaine et en Ile-de-France »

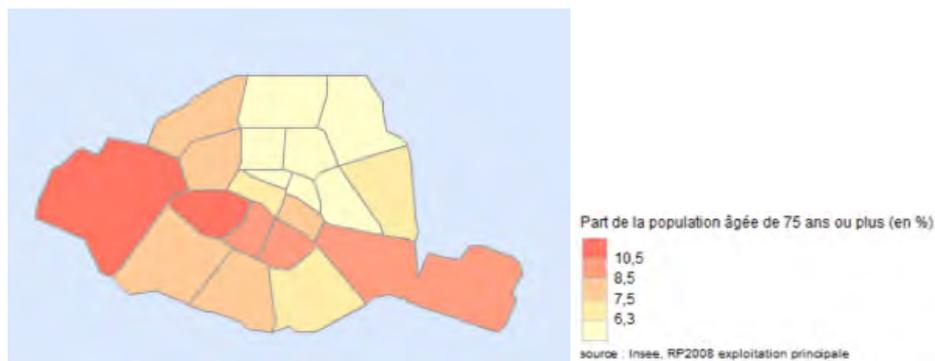
3 Paris résiste au vieillissement démographique, APUR, fév. 2011

4 Une croissance modérée du nombre de Parisiens âgés dépendants à l'horizon 2030, INSEE, Ile-de-France à la page, n°385, février 2012

5 Les seniors parisiens, de fortes disparités selon les quartiers, APUR, Fév. 2011.

RÉPARTITION DE LA POPULATION ÂGÉE DE PLUS DE 75 ANS (EN %)

La répartition géographique des personnes âgées de 75 ans et plus diffère légèrement de celle des plus de 60 ans : ils sont plus nombreux dans les 16^e, 7^e, 6^e, 5^e et 12^e arrondissements.



De fortes disparités de revenus entre Parisiens âgés⁶ géographiquement réparties

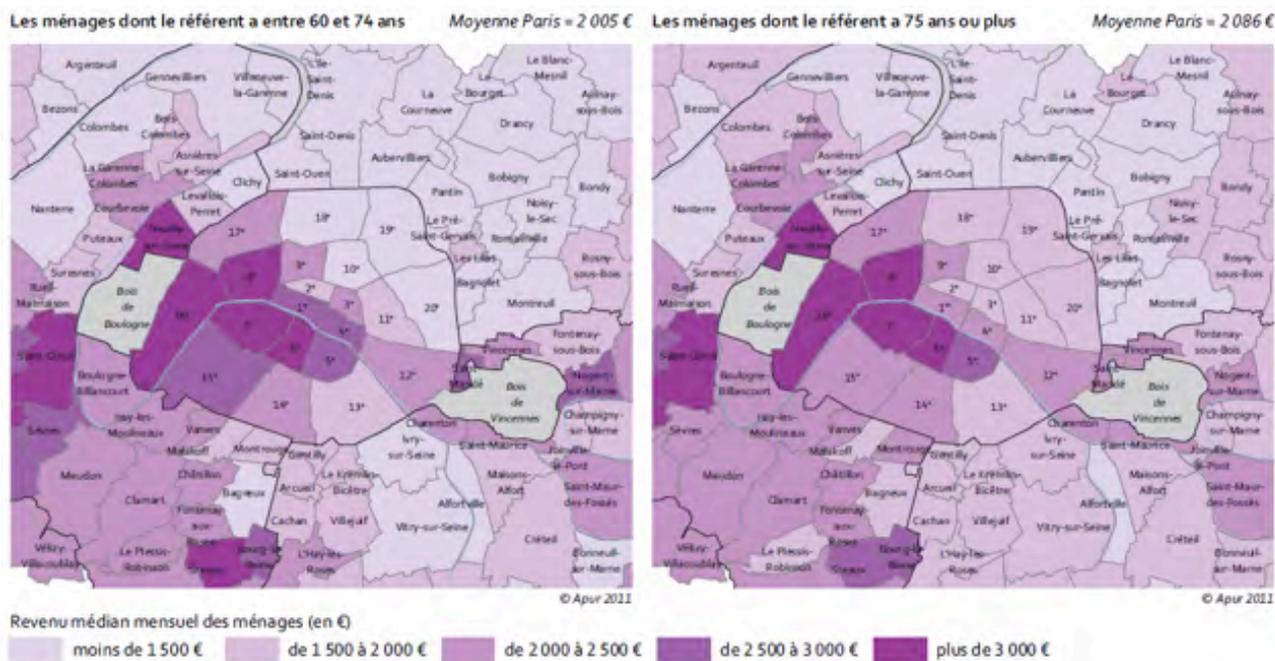
Paris compte à la fois des seniors bénéficiant de revenus importants mais aussi une part de personnes âgées pauvres en augmentation ces dernières années.

De fait, en 2007 les ménages de 60 ans et plus disposaient d'un revenu disponible moyen par unité de consommation de 2 800 €, soit 500 € de plus qu'en Île-de-France et 1 000 € de plus qu'en France métropolitaine. Cela s'explique notamment par le fait qu'une part importante de retraités parisiens sont d'anciens cadres (24 % à Paris contre 16 % pour l'Île-de-France et 8 % pour la France métropolitaine) et par un âge de départ à la retraite plus tardif à Paris (62,7 ans) qu'en France métropolitaine (61,5 ans).

Parallèlement, le pourcentage de personnes âgées bénéficiaires du « minimum vieillesse »⁷ à Paris est plus élevé que celui de la Région : 4 % à Paris contre 3 % en Île-de-France.

Le pourcentage des ménages parisiens vivant sous le seuil de pauvreté est également supérieur au pourcentage national : en 2007, 13 % des ménages parisiens de 60-74 ans vivaient sous le seuil de pauvreté⁸ contre 10 % en France métropolitaine. Par contre la part des personnes âgées de plus de 75 ans touchées par la pauvreté est plus faible (7 % à Paris contre 11 % en France métropolitaine).

RÉPARTITION DE LA POPULATION ÂGÉE PARISIENNE SELON LEUR NIVEAU DE REVENU



⁶ Les seniors parisiens, de fortes disparités selon les quartiers, APUR, fév.2011

⁷ (ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées)

⁸ Le seuil de pauvreté est égal à 60% du revenu disponible médian (935€ mensuels en 2007 pour une personne seule) – Source INSEE, RP 2007

Ces inégalités de revenus entre personnes âgées sont géographiquement réparties dans la capitale.

En effet, comme le montre la carte ci-dessus, sur la rive gauche et dans l'ouest parisien, on trouve de nombreuses personnes âgées aux conditions de vie favorables.

Dans les arrondissements centraux de la rive droite et du nord de Paris, l'on constate une mixité sociale chez les 60 ans et plus. Dans les quartiers du nord et de l'est de Paris les personnes âgées sont moins nombreuses mais rencontrent des difficultés plus marquées : la moitié des ménages âgés de 60 à 74 ans habitant les 10^e, 18^e, 19^e et 20^e arrondissements ont un revenu inférieur ou égal à 1 500 € par mois et par unité de consommation. Enfin, les portes de Paris regroupent des personnes âgées modestes logées dans le parc HLM⁹.

À PARIS, DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE PLUS DÉPENDANTS MAIS MOINS NOMBREUX QUE LA MOYENNE NATIONALE

L'évaluation de la dépendance des bénéficiaires de l'APA se fait au moyen de la grille nationale AGGIR (Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources), outil d'attribution de la prestation de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements. La grille nationale AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'APA, réparti en 6 groupes du GIR 1 (le plus dépendant) au GIR 6 (non dépendant).

L'utilisation de la grille AGGIR pour évaluer le taux de dépendance fait débat car cette grille ne permettrait pas de prendre en compte tous les aspects de la perte d'autonomie. Toutefois, à ce jour, cette grille AGGIR reste la seule référence exploitable pour évaluer le nombre de personnes en perte d'autonomie au niveau national.

7,1 % des personnes âgées parisiennes de plus de 60 ans bénéficiaient de l'APA en 2010, ce qui est inférieur à la moyenne de France métropolitaine (8,6 %). Cependant, elles sont plus dépendantes que la moyenne des allocataires en France métropolitaine. En effet Paris compte 45 % d'allocataires de l'APA en GIR 1 et GIR 2, contre 36 % en moyenne en France métropolitaine.

On peut donc supposer que des personnes âgées dépendantes ou très dépendantes à Paris ne sollicitent pas l'ouverture des droits dont elles pourraient bénéficier. Certaines d'entre elles pourraient en effet ne pas demander l'APA car elles disposeraient de revenus suffisamment importants. D'autres au contraire auraient droit à l'APA mais n'en feraient peut-être pas la demande pour des raisons diverses comme la méconnaissance du dispositif.

Le nombre de personnes âgées à l'horizon 2030 va augmenter en raison de l'arrivée à la retraite des baby-boomers. Ce vieillissement prononcé de la population entraînera-t-il une augmentation de la dépendance à Paris ?

Selon le scénario retenu par l'APUR, Paris ne connaîtrait qu'une croissance modérée du nombre de Parisiens âgés en perte d'autonomie. En effet, la part des personnes âgées dépendantes diminuerait à chaque âge et surtout aux âges élevés : 14 % des Parisiens de 75 ans ou plus seraient potentiellement dépendants en 2030 contre 16 % en 2007 (- 2 points). La part de population potentiellement dépendante diminuerait de 4 points pour les 85-89 ans et de 5 points pour les 90 ans ou plus.

Par conséquent, si Paris est un département moins marqué par le vieillissement que les autres départements d'Ile-de-France, son taux de dépendance est plus important que la moyenne nationale. Cependant, l'augmentation de la population âgée d'ici 2030 n'impacterait que modérément l'évolution de la dépendance dans le département.

Quoiqu'il en soit, les disparités sociales entre personnes âgées de plus de 60 ans impliquent un effort d'anticipation et d'ajustement des politiques aux nouveaux besoins des Parisiens âgés.

⁹ Source APUR, « Les Parisiens de 60 ans ou plus »

LES SENIORS, UNE PLACE À PART DANS LA CITÉ

DES SENIORS IMPLIQUÉS DANS LA CITÉ

► LE DIAGNOSTIC

• Une implication importante des seniors parisiens dans la vie de la cité

Les seniors parisiens sont très investis dans les activités associatives : selon l'étude France bénévolat, 51 % des plus de 65 ans sont bénévoles à Paris, dont 38 % dans le bénévolat associatif.

De plus, les seniors parisiens participent également à la démocratie locale via :

- le CODERPA : Le Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) est une instance consultative placée auprès du département qui associe les représentants des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et à l'application de toutes les mesures les concernant au sein du département. Ce comité a notamment pour objet de faire connaître au Maire de Paris les avis et propositions des aînés parisiens.

- les conseils des seniors : ou conseils des anciens permettent aux élus de prendre en compte les attentes des seniors de l'arrondissement. En 2009, leurs modes de fonctionnement et leurs missions ont été revus afin d'encourager l'ouverture et le travail avec les autres instances de démocratie locale.

Les conseils des seniors sont une instance de proposition citoyenne touchant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. Ils participent également au renforcement du lien social entre les générations. On compte 4 conseils des seniors à Paris dans les 9^e, 10^e, 11^e et 19^e arrondissements.

• Une offre d'activités culturelles et de loisirs importante et variée

Un des axes du précédent schéma était le développement des activités proposées aux seniors. Aujourd'hui, la collectivité parisienne présente une offre culturelle et de loisirs importante et variée pour les personnes âgées.

Le centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP)¹⁰ organise des spectacles, des activités intergénérationnelles, une université permanente, des manifestations festives, des séjours de vacances, gère des clubs seniors. Le public cible de ces aides est en priorité les personnes âgées de 65 ans et plus, aux revenus modestes, titulaires de l'Allocation Paris Solidarité et non imposables.

Certaines de ces activités sont gratuites et d'autres sont payantes. La participation financière est alors calculée en fonction des ressources des bénéficiaires.

Quelques chiffres sur les participations aux activités culturelles et de loisirs du CASVP en 2010

Spectacles : 141 538 participants

Université permanente : 38 860 participations avec 183 conférences, 57 ateliers, 44 randonnées et promenades découvertes, 42 visites guidées, 5 disciplines sportives.

Manifestations festives : 9 208 participants

Vacances : 5 534 participants

Au dernier trimestre 2010, les clubs seniors comptaient 14 000 adhérents titulaires de la carte club.

La ville de Paris :

- a mis en place des actions visant à favoriser l'accès des personnes âgées aux activités culturelles (ex : tarifs réduits pour les expositions temporaires des musées) ;

¹⁰ Source : rapport d'activité 2010 du CASVP

- apporte un soutien important à la dynamique associative portée par et pour les seniors. Ainsi en 2011, près de 807 000 euros ont été versés à 77 associations intervenant auprès des personnes âgées.

Les principales actions de ces associations portent sur le lien social, la santé et la prévention, le sport, les loisirs et la culture, le bénévolat, l'intergénérationnel et la sensibilisation aux nouvelles technologies.

- **Des actions de prévention nombreuses, portées par de multiples acteurs, mais qui manquent de visibilité**

La collectivité parisienne propose une offre importante d'activités visant la prévention de la perte d'autonomie. Ces actions peuvent être classées en trois catégories : primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire recouvre l'ensemble des actions qui ont pour objet d'empêcher ou de réduire la survenue de la dépendance :

- Certains clubs seniors du CASVP organisent des ateliers « Bien vivre sa retraite » qui proposent des temps de réflexion accompagnés d'un psychologue sur des thèmes comme la gestion du temps, la prise en charge de la santé...

Depuis 2006, 10 ateliers « Bien vivre sa retraite » comprenant chacun 7 séances de 2 heures ont été organisés

- La ville de Paris a lancé en 2010 la carte « Senior+ » qui permet aux Parisiens de plus de 55 ans d'accéder gratuitement à plusieurs disciplines sportives.

- Les CLIC Paris Émeraude¹¹ ou encore la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) jouent également un rôle informatif auprès des personnes âgées et de leur entourage.

La prévention secondaire désigne les actions ayant pour objectif de limiter les conséquences de la survenue de la dépendance en agissant dès que celle-ci est diagnostiquée.

- La CNAV, la MSA (Mutualité sociale agricole) et le RSI (Régime social des indépendants) ont créé en 2010 le PRIF, Prévention Retraite Ile-de-France. Cet organisme propose différents ateliers de prévention : mémoire, bien vieillir, prévention des chutes.

- Les clubs seniors du CASVP proposent des animations et des ateliers sur le thème de la santé ainsi que des rencontres avec des professionnels de la santé. Ces ateliers comptent plus de 2 000 participants chaque année.

La prévention tertiaire désigne les actions ayant pour objectif d'amoindrir les limitations d'activité et les restrictions de participation à la vie sociale associées à la survenue de la dépendance.

- Les actions d'accompagnement des aidants organisées par les CLIC Paris Émeraude correspondent à ce type de prévention tout comme les aides à l'adaptation des logements proposées par la ville de Paris.

► **LES ENJEUX 2012-2016**

- **Développer l'information auprès des usagers (futurs et jeunes retraités, personnes âgées et leur entourage) et former les professionnels (agents d'accueil)**
- **Poursuivre la modernisation de l'offre culturelle et de loisirs proposée en direction des seniors.**

¹¹ Centres locaux d'information et de coordination gérontologique

- Faire un état des lieux des actions de prévention menées sur le département avec l'ensemble des professionnels du secteur afin d'améliorer la complémentarité des actions de prévention réalisées et de mieux communiquer à leur sujet auprès des parisiens âgés.
- Continuer à soutenir les actions de bénévolat intergénérationnelles qui contribuent à la valorisation des seniors comme des plus jeunes.

LE LOGEMENT : DES EFFORTS D'ADAPTATION ET D'ACCESSIBILITÉ À DÉVELOPPER

La question du logement est déterminante concernant le bien vivre à domicile. Une personne âgée ne pourra demeurer dans son logement que si ce dernier est adapté aux fragilités développées avec le grand âge.

► LE CONTEXTE

52 % des ménages parisiens âgés sont propriétaires.

19 % des ménages parisiens âgés sont locataires HLM (contre 15 % pour les autres ménages parisiens) et 26 % des ménages âgés parisiens sont locataires dans le parc privé.

- **Les conditions d'habitat des seniors à Paris ne sont pas toujours satisfaisantes :**

Une minorité de personnes âgées parisiennes vivent des conditions de logement difficiles : 3 % occupent un logement de type chambre d'hôtel, habitat de fortune, ou pièce indépendante. 5 % n'ont ni douche ni baignoire. Enfin, 4 % vivent dans un logement sur-occupé. Par contre 44 % des seniors vivent dans des logements en forte sous-occupation.

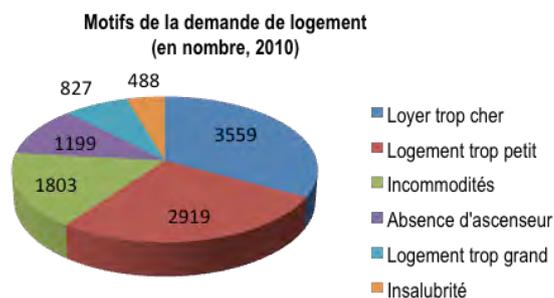


Source : INSEE, Recensement de la population 2007

L'accessibilité et le niveau d'adaptation des logements sont des problématiques importantes.

- **Les seniors dans le parc de logement social : une surreprésentation¹²**

Les seniors représentent 1/5^e de la population dans les habitats sociaux à Paris, et cette proportion importante est amenée à augmenter dans les années à venir. En effet, 19 % des Parisiens âgés vivent en logement social contre 15 % des moins de 60 ans. Ils représentent également 12,5 % des personnes inscrites au fichier des demandeurs de logements sociaux¹³.



Source : Direction du Logement et de l'Habitat, juin 2011

Entre 2006 et 2009, le nombre de demandeurs âgés de 63 ans et plus a progressé de près de 25 % tandis que la demande globale, elle, n'augmentait que de 9,2 %. Au total, 11,7 % des logements attribués en 2010 l'ont été à des personnes âgées.

Les principaux motifs de la demande de logement social par les seniors sont les suivants : un loyer trop cher (23,2 %), un logement trop petit (19,02 %), des incommodités (11,75 %), l'absence d'ascenseur (7,81 %), un logement trop grand (5,39 %) et l'insalubrité (3,18 %). De nombreuses demandes sont également motivées par des difficultés liées au bail et/ou de maintien dans les lieux : 16,45 % avancent une situation précaire, 5,03 % la reprise du

¹² Source : Direction du Logement et de l'Habitat

¹³ Parmi ces demandes, 60% des personnes âgées qui font une demande de logement social sont seules, et 1/3 d'entre elles ont un revenu mensuel inférieur à 1 000€ source APUR « les parisiens de 60 ans et plus ».

logement par le propriétaire, 2,9 % une fin d'hébergement et 1,98 % un congé pour vente. Au total, les motivations des seniors pour accéder à un logement social pour situation précaire ou loyer trop cher représentent près de 40 % de la demande totale.

Selon le rapport de la MIE¹⁴, 26,2 % des logements sociaux sont entièrement accessibles de la rue à la porte du logement, 38,9 % des logements sociaux sont accessibles « à la canne », mais 35 % demeurent non accessibles.

► **DIAGNOSTIC ET RÉALISATIONS PRÉCONISÉES PAR LE SCHÉMA 2006-2011 DANS LE LOGEMENT SOCIAL**

Le schéma 2006-2011 encourageait l'adaptation des logements et une meilleure connaissance du parc de logements sociaux afin de pouvoir attribuer les logements sociaux adaptés en priorité au public concerné.

Entre 2006 et 2011 les réalisations suivantes ont été effectuées dans le parc social :

- Diffusion par la ville d'un référentiel technique « accessibilité » auprès des bailleurs sociaux.
- Mise en place d'une charte des mutations en 2009, afin de faciliter les changements de logement auprès du bailleur ou inter-bailleur.
- Élaboration d'un formulaire spécifique « handicap » pour que les demandeurs précisent leur situation de handicap et leurs besoins. Les personnes âgées peuvent également utiliser ce formulaire afin de préciser leurs besoins en fonction de leurs difficultés.
- Généralisation de la mise en place de référents handicap chez les bailleurs en 2010.
- Communication auprès des bailleurs sur la mobilisation de la déduction « Taxe Foncière Propriétés Bâties » pour financer les travaux d'accessibilité et d'adaptation des logements.

En 2010, 492 logements sociaux ont fait l'objet de travaux d'adaptation pour un montant supérieur à 4 millions d'euros.

• **Les seniors dans le parc de logements privés**

4 Parisiens sur 5 âgés de 60 ans ou plus vivent dans le parc privé et un sur deux est propriétaire de son logement, un sur quatre est locataire du parc privé (cf. Rapport MIE point 5.3).

L'accessibilité des logements privés

Il n'existe pas à ce jour de recensement des logements accessibles ou adaptés dans le parc privé parisien. En revanche, 63 % des logements du parc privé parisien ont été construits avant 1949, et cela laisse penser qu'un nombre important de logements n'est pas adapté aux besoins liés au vieillissement de la population.

Des aides financières spécifiques existent et permettent de subventionner la réalisation de travaux d'adaptation des logements privés.

- L'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat) propose une aide à l'adaptation des logements. Pour pouvoir en bénéficier, il faut que la dépendance de la personne âgée soit attestée par une évaluation de son niveau de GIR. En conséquence, les travaux d'adaptation du logement ne débutent qu'après le dépôt du dossier de demande.
- Les caisses de retraite et la CNAV délivrent également des aides à l'adaptation des logements.
- L'association PACT, soutenue par la ville de Paris depuis 2007, informe et aide les personnes aux ressources modestes habitant dans un logement privé à monter des dossiers de demande d'aides aux travaux. Le PACT est instructeur de l'aide d'amélioration aux logements proposée par le CASVP.

Le coût des logements privés

23,2 % des demandes de logement social sont dues à un loyer trop élevé.

¹⁴ Rapport de la Mission d'information et d'évaluation « Les personnes âgées à Paris: état des lieux et perspectives », dit rapport MIE, sept. 2011

► **DIAGNOSTIC ET RÉALISATIONS PRÉCONISÉES PAR LE SCHÉMA 2006-2011 DANS LE LOGEMENT PRIVÉ**

Pour la ville de Paris, l'adaptation des logements privés au vieillissement doit être une priorité.

Sur la période 2006-2011, on relève les réalisations suivantes :

- La ville de Paris a mis en place un programme d'intérêt général qui permet de majorer les aides à l'adaptation des logements de l'ANAH et de subventionner les travaux entrepris par les propriétaires du parc privé à hauteur de 80 %.
- L'association PACT et la ville de Paris ont conclu une convention d'objectif en 2007. Cette convention a été renouvelée en 2011 pour trois ans, pour l'attribution d'une subvention annuelle de plus d'un million d'euros.

Une réelle progression du nombre de dossiers subventionnés

31 dossiers en 2006, 436 dossiers en 2010, 811 dossiers en 2011

En 2010, le PACT de Paris a conseillé 5 230 personnes dont 60 % de personnes âgées (source : M.I.E).

- La cohabitation intergénérationnelle est également un des axes du Programme local de l'habitat (PLH). En avril 2010, la ville de Paris a signé une charte en faveur de la cohabitation intergénérationnelle avec trois associations franciliennes. Ce dispositif a bénéficié chaque année à 300 binômes jeune/personne âgée¹⁵.

ZOOM SUR QUELQUES PROJETS INNOVANTS

Le projet de la ZAC Bédier-Boutroux (13^e arrondissement) : une supérette et un cabinet médical vont être installés au rez-de-chaussée de l'immeuble qui abritera, dans les étages, un centre d'accueil de jour, une pension de famille, une résidence sociale et une PUV (Petite unité de vie).

Le projet d'un immeuble intergénérationnel dans le 18^e arrondissement : immeuble dans lequel seraient regroupés une halte-garderie, des espaces dédiés aux associations, un centre d'accueil de jour, une structure d'hébergement temporaire présentant un niveau de médicalisation important ainsi qu'une résidence pour personnes âgées.

Une Maison intergénérationnelle Quai des Célestins (4^e arrondissement) : Dans des bâtiments appartenant à la ville de Paris, ce projet novateur prévoit la création de 92 logements sociaux destinés à des retraités autonomes et des jeunes travailleurs. Leurs rythmes et modes de vie différents impliquent qu'ils soient logés au sein de deux immeubles distincts, qui sont contigus et communicants : les retraités habiteront au 32 quai des Célestins et les jeunes travailleurs au 30 quai des Célestins. Des espaces communs seront créés au rez-de-chaussée et dans les étages : un ilot central de convivialité, une salle de sport, une terrasse, une buanderie, un espace numérique etc.

► **ENJEUX 2012 -2016**

- **Poursuivre la communication auprès des bailleurs sociaux et le soutien à l'adaptation (accessibilité) des logements sociaux.**

De nombreuses actions de sensibilisation ont été mises en place et le nombre de logements adaptés et/ou rendus accessibles progresse. Cependant malgré l'importance des efforts réalisés, un grand nombre de logements sociaux reste à adapter.

¹⁵ Paris.fr, http://www.paris.fr/accueil/logement/les-solutions-logement-pour-les-jeunes-a-paris/rub_9649_actu_105395_port_23745, mai 2012

- **Développer l'information auprès des propriétaires de logements privés afin de générer une réelle dynamique d'adaptation de ces logements.**

Le nombre de dossiers subventionnés par l'ANAH pour l'adaptation des logements est en progression. Néanmoins ces chiffres restent faibles au vu de la population âgée parisienne et des besoins supposés.

- **Réfléchir à la pertinence du public ciblé par la communication sur les aides à l'adaptation des logements du parc privé.**

En effet, si les personnes âgées sont visées par les campagnes de communication de la ville de Paris, il sera nécessaire de communiquer aussi auprès des aidants familiaux ou encore des syndicats qui assurent la gestion des travaux dans les copropriétés.

- **Adapter les procédures d'attribution des aides à l'objectif de prévention**

L'attribution des aides de l'ANAH a été conditionnée au constat de la dépendance. Il convient de discuter cette orientation par rapport à l'objectif de prévention de la dépendance. En effet, le lancement de travaux ne se fait-il pas trop tard ou dans l'urgence (après une chute par exemple)? Une évaluation de la nécessité de travaux pourrait être faite dès la première visite des équipes EMS APA et des travaux pourraient être envisagés à titre préventif. La venue d'un ergothérapeute à chaque attribution de logement ou lors d'une visite pour les demandes d'aménagement pourrait permettre d'anticiper les adaptations à réaliser.

LA MOBILITÉ DES SENIORS : UN BESOIN DE SOLUTIONS D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

Afin de favoriser le « bien vieillir à domicile » et d'éviter l'isolement, il est important que les personnes dont les capacités de mobilité sont réduites disposent de solutions adaptées aux déplacements qu'elles doivent effectuer. Les transports en commun doivent être accessibles, et les seniors qui ne peuvent pas les emprunter doivent également pouvoir compter sur une solution de transport adaptée.

► DIAGNOSTIC

Les efforts de la collectivité parisienne sur la mobilité des seniors se concentrent sur trois volets : l'accès à l'espace urbain, l'accessibilité au réseau des transports en commun et le service PAM (Pour Aider à la Mobilité).

- **L'accès à l'espace urbain**

En anticipation de la loi du 11 février 2005, la ville de Paris s'est dotée dès 2004 d'un schéma directeur d'accessibilité pour tous ses bâtiments, mis à jour en 2010.

La collectivité parisienne a mis en place un Centre de Ressources de l'Accessibilité Pour Tous (CRAPT) dont l'objet est de réaliser un diagnostic exhaustif du degré d'accessibilité des bâtiments gérés par la ville de Paris et de proposer une définition commune à toutes les directions des niveaux d'accessibilité de ces bâtiments.

- **L'accessibilité partielle du réseau des transports en commun**

La loi de 2005 prévoit que l'intégralité des réseaux de transports en commun soit accessible aux personnes à mobilité réduite à l'horizon 2015. Cependant, le métro parisien n'est pas soumis à cette obligation légale.

Situation en 2010

Métro : 9 stations accessibles sur 300 (ligne 14)

Tramway : 100 % des stations accessibles

La plupart des lignes de bus sont accessibles à Paris

- **Le service PAM**

PAM 75 est le service parisien de transport des personnes en situation de handicap. Il a pour but de faciliter les déplacements des personnes handicapées sur Paris et l'Île de France, 7 jours sur 7. PAM 75 est également ouvert aux bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), GIR 1 à 4. Il est particulièrement adapté aux besoins des personnes âgées souffrant de handicap moteur. Il s'avère d'ailleurs que près de la moitié de ses usagers sont âgés de plus de 65 ans.

Les chauffeurs du PAM ne sont pas habilités à assurer l'accompagnement de la porte à la porte. Le règlement régional du PAM autorise l'accompagnement des bénéficiaires du PAM par des accompagnateurs personnels. Dans le cas où cet accompagnement est indispensable et confirmé par un certificat médical, l'accompagnateur ne paie pas son trajet, dans le cas contraire il paie sa place.

Concernant les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs (dont public Alzheimer), le PAM ne peut pas les prendre en charge, à moins qu'elles soient accompagnées.

- **Des solutions de transport accompagnées sont proposées par les caisses de retraite, notamment par l'intermédiaire des services d'aide à domicile (SAAD) « chéquier mobilité ».**

► **ENJEUX 2012-2016**

- **Poursuivre l'effort de développement de l'accessibilité des réseaux de transports en commun**

Si l'intégralité des autobus parisiens est équipée de plate-formes, des difficultés d'accès liées à l'utilisation des plate-formes demeurent (l'aménagement des trottoirs et des quais ne permettant pas toujours leur utilisation). Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts entrepris pour rendre l'accessibilité réellement effective.

- **Mieux faire connaître les solutions d'accompagnement des personnes âgées**

Les solutions actuelles de transport accompagné financées par les caisses de retraite ne sont pas toujours connues des usagers. L'offre existante et ses conditions d'accès doivent être recensées afin de mieux informer les personnes concernées.

- **Prévoir, notamment pour les usagers des CAJ, des accompagnements physiques par les jeunes du Service Civique Volontaire**

Une expérimentation a été menée concernant les transports groupés d'usagers des CAJ en mobilisant des jeunes du Service Civique Volontaire. Une évaluation de cette expérimentation doit être prochainement étudiée afin d'envisager la possibilité de sa pérennisation.

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Afin de répondre aux besoins d'information des personnes âgées, de leur entourage et plus généralement du grand public, de nombreux supports de communication (sites internet, dépliants, magazines...) ont été mis en place par la collectivité parisienne et par les acteurs du secteur médico-social¹⁶ dans différents lieux (Mairies d'arrondissements, CASVP, CLIC Paris Emeraude, Accueil des SAAD...). Cette multiplication de lieux de diffusion et de sources d'informations rend cette dernière peu lisible pour le public, elle n'est de plus pas bien connue des professionnels.

Plus largement, les seniors peuvent avoir besoin de s'informer, notamment au moment du passage à la retraite, sur les démarches à effectuer, sur les activités qu'ils souhaiteraient pratiquer, et sur les dispositifs qui leur sont dédiés. L'information destinée aux personnes âgées, quels que soient leur âge et leur degré d'autonomie, est donc essentielle.

Toutefois, il n'est pas toujours aisé pour la personne âgée et/ou son entourage d'identifier les sources d'informations pertinentes qui pourraient les aider à effectuer un choix de prestations et d'intervenants en connaissance de cause. C'est pourquoi le schéma 2012-2016 aura pour objectif d'améliorer l'accès à l'information des personnes âgées et de leur entourage.

OBJECTIFS

- Faciliter et rationaliser l'accès à l'information pour le public visé et lui permettre de bénéficier d'informations détaillées sur les dispositifs d'accompagnement du grand âge et tous les modes d'intervention à domicile.
- Permettre aux professionnels chargés de l'accueil du public de disposer d'une bonne connaissance de l'information disponible sur l'accompagnement du grand âge et d'être « proactifs », c'est-à-dire d'être capables d'analyser la demande de l'utilisateur pour lui proposer l'information adéquate.
- Informer au mieux les jeunes retraités sur les structures, dispositifs et activités qui leur sont destinés.

PUBLICS VISÉS

- Personnes âgées et leur entourage
- Professionnels en relation avec le public (ex : agents d'accueil, instructeurs prestations...)
- Jeunes et futurs retraités

ACTION 1

Rendre les lieux d'information facilement repérables pour les usagers

¹⁶ Services, mutuelles, caisses de retraites

ACTIONS

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les entités de proximité chargées de la diffusion d'informations auprès des personnes âgées et de leur entourage. - Faire connaître les lieux et les entités d'information de proximité. - Réaliser un questionnaire en direction des professionnels en relation avec le public afin d'identifier le nombre de personnes âgées reçues, le type de questions que ces dernières ont posées, et la capacité des professionnels de l'accueil d'y répondre.
Pilote	Au niveau départemental, la DASES (BAPA) via, au niveau des territoires, les CLIC Paris Emeraude
Partenaires associés	DUCT, Mairies d'arrondissement, CASVP, services instructeurs de prestation, SSDP, CODERPA, Points d'Information Municipal Multiservices, Points d'accès aux droits, Relais Information Famille
Calendrier	2013 à 2016
Indicateurs d'évaluation	Questionnaire de satisfaction à renseigner par les personnes âgées dans les différents lieux d'accueil

ACTION 2 Former les professionnels en relation avec le public	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les professionnels dont au moins une des missions est d'informer les personnes âgées et leur entourage - Présenter et mettre à disposition des professionnels « l'annuaire territorial » des CLIC Paris Emeraude et des supports d'information détaillés (cf. fiche 14 – action 2) - Former les professionnels à partir de cas pratiques pour qu'ils puissent s'exercer à la compréhension, à l'analyse de la demande (même implicite) et soient en mesure de sélectionner la bonne information à fournir, voire d'orienter les usagers par exemple vers les CLIC Paris Emeraude - Former les professionnels sur l'ensemble des possibilités d'aide et de prise en charge à domicile comme en établissement. - Rééditer le guide « seniors à Paris »
Pilote	Au niveau départemental, la DASES (BAPA) via, au niveau des territoires, les CLIC Paris Emeraude
Partenaires associés	Mairies d'arrondissement, CASVP, tout service ayant pour mission d'accueillir des personnes âgées et leur entourage et/ou d'instruire des demandes d'aides/de prestations
Calendrier	2013-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de séances de formation mises en place par les CLIC Paris Emeraude - Nombre de professionnels ayant bénéficié des séances de formation

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Un des axes du précédent schéma gérontologique 2006-2011 mettait l'accent sur le thème : « Mieux vivre le temps de la retraite à Paris ». La collectivité parisienne propose en effet aux seniors parisiens une offre importante et diversifiée dans les domaines de la culture et des loisirs.

Le Centre d'Action Sociale de la ville de Paris a développé un dispositif diversifié :

- Université Permanente de Paris : conférences, randonnées et promenades découverte, visites guidées, stages, ateliers, activités sportives dans les équipements sportifs de la ville (en collaboration avec la Direction de la Jeunesse et des Sports (DJS)... ;
- places de spectacles et sorties diverses dans la capitale ;
- manifestations festives tout au long de l'année ;
- séjours de vacances et excursions ;
- actions intergénérationnelles ;
- activités ludiques, manuelles, artistiques, culturelles, sportives et de découverte des nouvelles technologies dans les 70 clubs Seniors ;
- actions de promotion de la santé et de prévention du vieillissement : ateliers de prévention de chutes, ateliers « Bien vivre sa retraite », animations jeux mémoire, stages de tai chi chuan, de yoga...

Si le développement de l'offre culturelle et de loisirs constitue un élément de la qualité de vie des aînés parisiens, il est aussi un moyen de maintenir le lien social et de préserver leurs capacités physiques et intellectuelles. C'est la raison pour laquelle il est essentiel de maintenir ces actions, qui participent à la prévention du vieillissement, et de continuer à les diversifier.

Il est également indispensable de mieux faire connaître l'offre culturelle et de loisirs et d'en faciliter l'accès afin d'inciter les seniors à participer davantage aux activités, sorties et animations proposées par la ville et de soutenir les plus isolés d'entre eux car l'isolement social est un facteur de vulnérabilité et de perte d'autonomie. Bien entendu cette offre doit constamment s'adapter aux besoins et aux attentes d'un public de seniors hétérogène, composé de différentes générations.

Aux actions spécifiquement dédiées aux seniors s'ajoute toute la richesse de Paris en termes d'offre culturelle et de loisirs. Il faut veiller à ce que les seniors ne s'isolent pas des autres générations et continuent à fréquenter les lieux destinés au grand public : centres d'animations, bibliothèques, musées...

Une offre bien adaptée suppose des moyens de communication et d'accès ainsi que des outils de gestion et de suivi appropriés. Il est donc nécessaire de poursuivre le processus de modernisation récemment engagé en tenant compte des contraintes budgétaires et en intensifiant la recherche de financements alternatifs.

OBJECTIFS

- Moderniser, développer et diversifier l'offre et son accès
- Identifier les besoins et les attentes
- Améliorer la communication

PUBLICS VISÉS

- Les Parisiens retraités et leur famille
- Les professionnels travaillant auprès des personnes âgées

ACTIONS

ACTION 1		Enrichir l'offre d'activités culturelles et de loisirs
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place de nouveaux partenariats avec la Direction des Affaires Culturelles (DAC) pour diversifier l'offre. - Concernant les structures d'hébergement (EHPAD) du CASVP, redynamiser le réseau des animateurs et recruter des bénévoles du CASVP pour renforcer, en collaboration avec les animateurs, l'animation et la vie sociale. - Accroître l'offre d'activité informatique dans les clubs seniors. 	
Pilote	CASVP	
Partenaires associés	DAC, associations	
Calendrier	2012/2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation qualitative des nouveaux partenariats - Nombre des interventions de bénévoles dans les structures d'hébergement et bilan - Nombre de clubs offrant des activités informatiques et nombre de PC installés à l'intention des usagers 	

ACTION 2		Mieux informer et orienter le public, évaluer l'adaptation de l'offre aux besoins
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'information par l'intermédiaire des relais existants : paris.fr, mairies, CLIC Paris Emeraude, caisses de retraite, centres d'animation... - Envisager de nouveaux supports de communication (dépliants, affiches...) - Diffuser une information ciblée sur l'offre culturelle et de loisirs, par l'intermédiaire de bénévoles du CASVP recrutés pour cette mission, dans les clubs seniors et les résidences appartements, et par là même repérer les personnes âgées isolées. - Concernant les migrants âgés, développer la collaboration entre les clubs du CASVP et les Cafés Sociaux. - Mesurer l'adaptation de l'offre à la demande en diffusant un questionnaire de satisfaction auprès des personnes âgées. - Veiller à informer les seniors des dispositifs et structures de droit commun et destinés au grand public. 	
Pilote	CASVP	
Partenaires associés	DICOM, mairies, Clic Paris Emeraude, DASES, caisses de retraite, centres d'animation, DPVI	
Calendrier	2012/2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions entre les clubs du CASVP et les Cafés Sociaux et bilans de ces actions - Analyse des questionnaires d'évaluation de la satisfaction 	

ACTION 3	
Poursuivre la modernisation de la gestion de l'offre culturelle et de loisirs du CASVP	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser les pratiques des sections du CASVP en mettant en place un outil uniformisé de suivi des bénéficiaires, et notamment des personnes âgées les plus précaires ou fragiles, pour garantir une meilleure équité de traitement des usagers - Moderniser le dispositif des modalités d'inscriptions des usagers de l'université permanente de Paris en plusieurs étapes : création d'un formulaire de présélection des activités dématérialisé, mise en place d'une procédure de dépôt de dossier et constitution d'un fichier informatisé des usagers en vue d'une informatisation complète des inscriptions - Poursuivre l'informatisation des clubs seniors pour les agents
Pilote	CASVP
Partenaires associés	DICOM
Calendrier	2012/2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de l'outil de suivi uniformisé - Création du formulaire de présélection - Mise en place de la procédure de dépôt de dossier - Création du fichier informatisé d'usagers

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Selon une étude de France bénévolat, 51 % des retraités font du bénévolat. De fait, les seniors constituent un immense vivier de ressources bénévoles, souvent à destination des autres générations. Réciproquement l'on constate que de nombreux Parisiens plus jeunes souhaitent consacrer du temps aux plus âgés.

Les actions bénévoles intergénérationnelles peuvent se nouer entre Parisiens de tous âges (étudiants et jeunes seniors, jeunes seniors et retraités plus âgés, membres d'une même association, Conseils de la jeunesse et Conseils des seniors, jeunes écoliers et résidents d'EHPAD, enfants des centres de loisirs et seniors fréquentant les Clubs...), et dans des domaines aussi variés que l'aide à l'emploi, le logement, la rupture de l'isolement, la culture, le sport...

Le développement d'actions de bénévolat intergénérationnelles favorise le « vivre ensemble » entre générations, et contribue au « bien vieillir » des seniors Parisiens. C'est pourquoi, depuis 2008, la collectivité parisienne a soutenu la création et le développement de nombreuses actions en faveur du développement du lien intergénérationnel. Le schéma 2012-2016 doit permettre la poursuite de ces projets.

OBJECTIFS

- Lutter contre l'isolement des personnes âgées à Paris
- Favoriser le dialogue entre les générations au sein de la cité

PUBLICS VISÉS

- Porteurs de projets intergénérationnels
- Parisiens de tous âges, en relation avec des seniors

ACTIONS

ACTION 1	
Encourager la mixité intergénérationnelle par le logement et l'habitat	
Mise en œuvre opérationnelle	- Pérenniser la cohabitation intergénérationnelle à Paris : poursuivre le soutien de la collectivité parisienne aux acteurs de la cohabitation intergénérationnelle, faire connaître ce dispositif au plus grand nombre. - Encourager les projets d'habitat intergénérationnel à l'échelle d'un immeuble, d'un ensemble, d'un équipement ou d'un quartier
Pilote	DASES, DLH
Partenaires associés	DJS, DICOM, CLIC Paris Emeraude, Mairies d'arrondissement, CASVP, CODERPA
Calendrier	2012 à 2016
Indicateurs d'évaluation	- Nombre de binômes de cohabitants intergénérationnels à Paris - Nombre de projets d'habitat intergénérationnel

ACTION 2	
Poursuivre le développement des actions culturelles et de loisirs intergénérationnelles	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les projets de terrain et les soutenir - Mettre en relation les structures porteuses d'actions culturelles et de loisirs intergénérationnelles (ex : associations, centres de loisirs et établissements pour personnes âgées...) - Encourager les travaux participatifs sur la place des seniors dans la cité (exemple du projet mené dans le 4e arrondissement)
Pilote	DASES, CASVP
Partenaires associés	DPVI, DJS, DAC, CLIC, CODERPA, Mairies d'arrondissement
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Nombre d'actions mises en place

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

A Paris, de nombreuses actions de prévention sont menées par différents organismes. La multiplicité des acteurs et des financeurs (caisses de retraite, assurance maladie, département, agence régionale de santé - ARS...) ne facilite pas la mise en place d'actions de prévention complémentaires sur les territoires ni le partage d'information tant entre professionnels de la prévention qu'auprès du public âgé.

Pour sa part, la collectivité parisienne propose une offre importante d'actions et d'activités visant la prévention santé des personnes âgées. En effet, la priorité donnée au maintien à domicile des seniors n'a de sens qu'en faisant de la prévention de la perte d'autonomie une vraie préoccupation. De plus, le renoncement aux soins amène consécutivement d'autres troubles à un âge avancé et est source de poly pathologies (par exemple l'abandon des soins bucco-dentaires impactera la qualité de la nutrition).

Les actions de prévention santé peuvent être classées en trois catégories : primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire recouvre l'ensemble des actions qui ont pour objet d'empêcher ou de réduire la survenue de la dépendance. Ces actions de prévention comprennent la mise en place d'activités physiques et cognitives, ainsi que des activités permettant le maintien du lien social.

Ainsi la lutte contre l'isolement social - facteur de vulnérabilité et par conséquent de perte d'autonomie s'opère en favorisant la participation des seniors à la vie sociale et culturelle. Des ateliers « Bien vivre sa retraite » - organisés par les clubs seniors du CASVP, les CLIC Paris Emeraude et les associations de seniors - proposent de nombreux temps de réflexion sur la santé du sujet âgé, le dépistage des maladies liées au vieillissement...

Les seniors sont également encouragés à pratiquer une activité physique adaptée : de nombreuses associations de seniors subventionnées par le département en proposent. Dans cet objectif également, la ville de Paris, en l'occurrence la DJS, en collaboration avec le CASVP, a lancé en 2010 la carte « Senior + » qui permet aux parisiens âgés de plus de 55 ans d'accéder gratuitement à plusieurs disciplines sportives.

Pour les années à venir, le CASVP, en lien avec la DASES, va développer les activités plus spécialement axées sur la promotion de la santé compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie et des progrès techniques et thérapeutiques. Ce thème est d'ailleurs au cœur du plan stratégique régional de santé d'Île-de-France élaboré par l'ARS.

La prévention secondaire désigne les actions ayant pour objectif de limiter les conséquences de la survenue de la dépendance en agissant dès que celle-ci est diagnostiquée. Cela correspond au suivi qui est mis en place après la détection d'une pathologie chez le sujet âgé.

La prévention tertiaire désigne les actions ayant pour objectif d'amoindrir les limitations d'activité et les restrictions de participation à la vie sociale associées à la survenue de la dépendance. Les actions d'accompagnement des aidants correspondent à ce type de prévention tout comme les aides à l'adaptation des logements proposées par la ville de Paris.

La prévention santé est une des missions de l'État, rappelée par le plan stratégique régional de santé et de prévention des risques ainsi que par le Schéma Régional de l'Organisation Médico-sociale (SROMS : objectif stratégique n°2, objectif opérationnel n°2-1 « mener une politique d'accès aux dispositifs de soins de premiers recours et de prévention de la perte d'autonomie »).

Aussi, il appartient aux collectivités locales de cadrer au mieux leurs initiatives avec les dispositifs mis en place par l'ARS.

OBJECTIFS

- Partager avec l'ensemble des partenaires de la prévention un diagnostic territorialisé des actions de prévention et d'éducation à la santé menées pour les seniors
- Définir avec les professionnels de la prévention santé du département un plan d'actions conjoint en faveur des personnes âgées
- Développer les actions de prévention menées en faveur des seniors et améliorer la communication sur ces actions

PUBLICS VISÉS

- Les personnes âgées, leur entourage, les aidants familiaux
- Les professionnels travaillant auprès des personnes âgées et notamment ceux du secteur de la prévention

ACTIONS

ACTION 1	
Réaliser un état des lieux territorialisé avec l'ensemble des partenaires de la prévention afin d'améliorer l'organisation, la complémentarité et la programmation des actions de prévention Poursuivre les actions de communication sur ces actions.	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none">- Réaliser sur chaque territoire un diagnostic des actions de prévention menées pour les personnes âgées et leurs aidants à Paris avec l'ensemble des partenaires de la prévention santé.- A partir de ce diagnostic définir un plan d'action conjoint entre les acteurs de la prévention santé du département permettant :<ul style="list-style-type: none">• de définir les besoins en termes de prévention santé sur chacun des territoires parisiens• pour les professionnels, de mettre en réseau et de partager les informations sur les actions de prévention santé réalisées et programmées à un niveau territorialisé• d'améliorer l'information du public cible sur les territoires
Pilote	DASES, ARS
Partenaires associés	CNAV, CASVP, CLIC Paris Emeraude, Mairies, caisses de retraites, associations, CODERPA, établissements, médecins, mutuelles, EMS APA ...
Calendrier	2013 pour diagnostic
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none">- Réalisation de l'état des lieux- Définition d'un plan d'action conjoint entre acteurs de la prévention santé du département et l'ARS

ACTION 2	
En fonction du plan d'action conjoint qui aura été réalisé (cf. action n°1), poursuivre le développement des actions menées en faveur de la prévention des seniors et accentuer la promotion des actions de prévention pour la santé	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>La réalisation d'un diagnostic territorialisé avec l'ensemble des partenaires de la prévention et l'amélioration de la complémentarité des actions menées sur le territoire est un préalable à la poursuite des actions ci-dessous.</p> <p>Poursuivre les actions de prévention menées en faveur des personnes âgées vivant à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensifier les actions entreprises en 2012 par le CASVP: ateliers d'équilibre, ateliers mémoire, conférences santé, activités sportives dans le cadre de la carte Senior +... et développer de nouvelles activités : ateliers nutrition, actions de sensibilisation aux accidents domestiques, prévention routière, prévention des vols et agressions... - Développer la collaboration entre le CASVP et la DJS sur le dossier « Sport Santé » - Prévenir et lutter contre l'isolement social, facteur aggravant de la perte d'autonomie (cf. fiche action 18) - Sensibiliser les acteurs intervenants à domicile aux problématiques du vieillissement et à la prévention de la perte d'autonomie (cf. fiche action 15) - Développer, notamment avec la CNAV (plan PAPA¹⁷), des actions en faveur de la prévention - santé de populations spécifiques dont les migrants âgés (cf. action 4, fiche 19 sur les migrants âgés) <p>Poursuivre les actions de prévention menées en faveur des personnes âgées vivant en établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veiller à ce que, dans le cadre des conventions conclues avec les établissements, soient inscrites des actions relevant du programme pluriannuel régional de gestion du risque 2010-2013 (notamment sur la dénutrition et les risques iatrogéniques...)
Pilote	DASES
Partenaires associés	CASVP, établissements, ARS, CRAMIF, DJS, CLIC Paris Emeraude, caisses de retraite, CNAV, mutuelles, Préfecture de Police...
Calendrier	2013-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions de prévention menées - Nombre de participations aux nouvelles activités de promotion de la santé

ACTION 3	
Passer une convention de partenariat avec la CNAV afin de bénéficier des cofinancements d'actions dans le cadre du plan PAPA (Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées)	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Travailler à la formalisation d'un partenariat avec la CNAV concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les actions de prévention santé des personnes âgées ; - les actions de soutien au maintien à domicile.
Pilote	DASES
Partenaires associés	CNAV
Calendrier	2013
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation effective de la convention

17 Plan PAPA : Plan pour la Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées piloté par la CNAV et la CNAM en faveur des retraités socialement fragilisés

ACTION 4	
Mettre en place des actions de prévention « tertiaire » visant à préserver la santé des aidants familiaux (action commune avec la fiche 12, actions 3 et 4)	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'information en direction des aidants et des personnes âgées de plus de 60 ans sur les dispositifs et les possibilités de soutien existants (CLIC Paris Emeraude, services, établissements, associations...). - Inciter tous les acteurs intervenant à domicile à prendre l'initiative de bilans de santé réguliers de la personne âgée ce qui permettra d'adapter le plan d'aide en fonction de l'évolution de sa situation. - Développer une nouvelle prestation qui pourrait s'intituler « forfait temps libre »¹⁸.
Pilote	DASES (BAPA)
Partenaires associés	CLIC Paris Emeraude, SAAD, SPASAD, SSIAD, caisses de retraites, Mairies, CAJ, plateformes de répit, EMS APA, établissements, associations, CODERPA, Caisses de retraite, mutuelles, médecins...
Calendrier	Cf. fiche action 12
Indicateurs d'évaluation	Cf. fiche action 12

¹⁸ Prestation portée par les plateformes de répit qui consiste à proposer l'intervention d'auxiliaires de vie, à domicile à un rythme défini en début de prestation dans l'objectif de prendre en charge la personne âgée et de libérer du temps pour l'aidant

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

La vie à domicile des personnes vieillissantes n'est possible que dans la mesure où leur logement ne constitue pas une difficulté face aux premiers signes de perte d'autonomie et de mobilité. Disposer d'un logement adapté à sa situation devient une condition indispensable pour maintenir une bonne qualité de vie. La question des ressources se pose également : au moment de la retraite, de plus en plus de ménages éprouvent des difficultés à payer leur loyer.

Or, les conditions d'habitat des seniors à Paris ne sont pas toujours satisfaisantes sur les deux points précités. En effet :

- 2 % des Parisiens âgés de plus de 60 ans occupent des logements précaires (chambre d'hôtel, habitation de fortune...), c'est deux fois plus que la moyenne de l'Île-de-France¹⁹.
- 11 % des ménages parisiens de 60 ans et plus occupent un logement sans confort (sans douche ni baignoire ou avec un équipement sanitaire dans une pièce non réservée à cet usage) contre 8,5 % des ménages de moins de 60 ans²⁰.
- la sous-occupation des logements concerne 44 % de ces ménages. Ainsi, le logement « trop grand » est une des problématiques du logement des seniors Parisiens.
- cependant la taille du logement (trop petit) constitue le deuxième motif de demande de logement social par les seniors à Paris après le loyer trop élevé²¹.

Les personnes âgées sont en demande croissante de logement social

Le nombre de seniors ayant demandé un logement social a augmenté de 24,9 % entre 2006 et 2009 ce qui est nettement supérieur à la hausse globale du nombre de demandes (+9,2 %)²².

Parallèlement, la demande de résidences appartement du CASVP (studios sans services) reste importante, soit 3 684 en 2011. Parmi ces demandeurs plus de 50 % avaient des ressources inférieures à 1 000 € mensuels (source CASVP).

L'accessibilité et le niveau d'adaptation des logements sont des problématiques importantes pour les Parisiens âgés.

- S'agissant du parc de logement social, la collectivité parisienne a mis en place plusieurs actions destinées à sensibiliser les bailleurs sociaux à ces problématiques. Ces actions ont permis, en 2010, la réalisation de travaux d'adaptation dans 492 logements sociaux pour un montant supérieur à 4 millions d'euros.
- 4 Parisiens sur 5 âgés de 60 ans ou plus vivent dans le parc de logements privé. Un sur deux est propriétaire de son logement, un sur quatre est locataire (cf. Rapport MIE point 5.3). En ce qui concerne le parc de logements privé, il n'existe pas à ce jour de recensement des logements accessibles ou adaptés. En revanche, 63 % des logements du parc privé parisien ont été construits avant 1949 ce qui laisse penser qu'un nombre important de logements n'est pas adapté aux besoins liés au vieillissement des personnes âgées. Par ailleurs la participation laissée à la charge des personnes âgées les fait fréquemment renoncer aux travaux d'adaptation nécessaires. Enfin, les délais de réalisation des travaux rendent impossible une adaptation en urgence pour les personnes les plus modestes qui ne peuvent faire l'avance des frais.

Au niveau du parc de logements privé, la ville de Paris mène plusieurs actions :

- création de l'allocation Paris Logement, pour aider au règlement du loyer ;
- soutien à l'association PACT de Paris qui aide les ménages ayant des revenus modestes à monter un dossier de demande d'aide au financement des travaux réalisés par des entreprises agréées ;
- mise en place d'une aide complémentaire à celle de l'ANAH qui permet ainsi de subventionner jusqu'à 80 % voire davantage du montant des travaux entrepris par les propriétaires.

Le schéma 2012-2016 s'attachera à poursuivre et intensifier les efforts réalisés en faveur de l'adaptation des logements des Parisiens âgés tout comme le préconise l'ARS dans le SROMS

¹⁹ APUR, fév.2011, op. cit.

²⁰ INSEE 2007

²¹ 27 % des demandes de logement social sont motivées par un logement trop petit, source : Direction du Logement et l'Habitat, juin 2011

²² Source : Direction du Logement et de l'Habitat

(objectif stratégique n°1, objectif opérationnel n° 1-3 « Prendre en compte de façon coordonnée les problématiques du logement, de l’habitat et du déplacement pour rendre possible et plus facile la vie à domicile des personnes âgées en perte d’autonomie »).

OBJECTIFS

- Mieux connaître la typologie des logements parisiens dans le parc social afin de pouvoir anticiper leur adaptation et proposer des travaux dans les meilleures conditions ;
- Poursuivre la communication auprès des bailleurs sociaux et le soutien à l’adaptation (accessibilité) des logements sociaux. De nombreuses actions de sensibilisation ont été mises en place et le nombre de logements adaptés et/ou rendus accessibles progresse. Cependant malgré l’importance des efforts réalisés un grand nombre de logements sociaux reste à adapter ;
- Mener un travail sur les motifs d’entrée en établissements, notamment en résidences appartements et en résidences services pour anticiper les besoins à venir ;
- Améliorer les connaissances des acteurs locaux sur les procédures à suivre en termes d’adaptation des logements ;
- Faire progresser la culture de l’accessibilité et de l’adaptation des logements dans le parc privé, en sensibilisant davantage les propriétaires ;
- Adapter les procédures d’attribution des aides à l’objectif de prévention.

PUBLICS VISÉS

- Les personnes âgées et leur entourage
- Les bailleurs, les syndicats d’immeuble, les professionnels de l’immobilier intervenant dans ce domaine

ACTIONS

ACTION 1	
Améliorer les connaissances sur le logement des personnes âgées et sur les procédures à suivre en cas de demande d’adaptation	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Demander à l’APUR de réaliser une nouvelle étude sur le logement des personnes âgées à Paris en proposant de mener une analyse convergente du patrimoine et des besoins des habitants et en cherchant à dégager : <ul style="list-style-type: none"> • les besoins à venir en termes d’adaptation des logements sociaux et de mutation tout en garantissant un équilibre territorial et local des interventions afin de préserver une offre à destination d’une large diversité de publics • l’analyse de la situation dans le parc intermédiaire, non encore étudiée - Réaliser une étude en lien avec le CASVP permettant de mieux connaître les motifs d’entrée en établissement (état de santé, ressources insuffisantes, précarité...) notamment en résidence appartements et en résidence services dans l’objectif d’évaluer les besoins à venir dans ces types de structures - Créer un répertoire à destination des professionnels travaillant au contact des personnes âgées vivant dans le parc social permettant d’identifier rapidement les pratiques à suivre en termes de circuit de demande d’adaptation et de procédure.
Pilote	DLH, DASES, CASVP
Partenaires associés	APUR, Bailleurs sociaux
Calendrier	2012-2016 (l’étude DASES/CASVP devant être réalisée en 2014).
Indicateurs d’évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation des études - Réalisation du répertoire

ACTION 2		Rendre accessible et adapter des logements dans le parc privé
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Rédiger des avenants aux conventions passées entre la ville de Paris et les chambres professionnelles des syndics d'immeubles, UNIS et FNAIM, afin de porter à la connaissance des gestionnaires la nécessité de prendre en compte et d'anticiper la perte d'autonomie par l'adaptation de l'habitat et des immeubles où vivent des seniors parisiens - Améliorer la prochaine convention entre le PACT et la ville de Paris : proposer qu'une distinction soit faite entre les opérations d'adaptation d'urgence du logement et les adaptations préventives. <ul style="list-style-type: none"> • réfléchir aux conditions, notamment aux montages financiers entre caisses de retraites et PACT ou autres organismes compétents qui permettraient aux seniors devant adapter d'urgence leur logement de bénéficier immédiatement de subventions adaptées au degré d'urgence. 	
Pilote	DLH	
Partenaires associés	DASES, Caisses de retraites, PACT, UNIS, FNAIM	
Calendrier	Au renouvellement de la convention PACT - ville de Paris	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'avenants signés - Amélioration effective de la convention PACT (cf. points précités) 	

ACTION 3		Renforcer les actions menées en faveur de l'adaptation préventive des logements à la perte d'autonomie
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Avec la CNAV mettre en place des ateliers de sensibilisation des seniors aux actions préventives d'adaptation des logements - Continuer avec les CLIC Paris Emeraude à développer leurs relations avec les bailleurs sociaux, avec les responsables des antennes locales comme avec les gardiens d'immeubles - Dans le parc social, proposer aux gardiens d'immeubles des formations «prévention adaptation logement des seniors». - Insérer des messages sur les actions préventives d'adaptation du logement dans les journaux de la ville de Paris, mais également dans les journaux qui sont distribués par les bailleurs sociaux - Prévenir la dégradation des logements et réaliser de petits travaux d'adaptation relevant du locataire, en faisant intervenir les régies de quartier et autres entreprises sociales auprès des habitants âgés et mener un groupe de travail avec les régies de quartier et la DPVI pour étudier les conditions de leur intervention 	
Pilote	Ville de Paris, bailleurs sociaux	
Partenaires associés	DICOM, CNAV, DPVI, CLIC, EMS- APA, CASVP, Régies de quartier	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions menées par les CLIC en direction des antennes locales des bailleurs sociaux et des gardiens d'immeubles - Nombre d'actions de sensibilisation mises en place en direction des retraités - Nombre d'actions d'information - Mise en place du groupe de travail avec les régies de quartier 	

ACTION 4 Attribution et réservations de logements	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'expérience menée dans le 3^e arrondissement de Paris « Réseau Logement Seniors²³ » - Ne pas augmenter le loyer des logements qui ont été adaptés, pour les locataires âgés - Etudier avec les caisses de retraite complémentaires les plus importantes, les possibilités de leur prise de réservations de logement au profit de leurs ressortissants parisiens dans le respect des règles de contingent et des règles d'éligibilité aux différentes catégories de logements sociaux
Pilote	DLH, DASES (Réseau Logement Seniors)
Partenaires associés	Bailleurs sociaux, caisses de retraite
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des conditions locatives des seniors dans le parc social à travers les enquêtes annuelles d'occupation du parc social - Nombre de projets réalisés à partir de l'expérimentation « Réseau Logement Seniors» - Nombre de projets étudiés avec les caisses de retraites complémentaires

ACTION 5 Encourager la cohabitation intergénérationnelle dans les grands logements	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les associations mettant en œuvre à Paris la cohabitation intergénérationnelle - Communiquer sur ce dispositif afin de le faire connaître aux seniors et à leur entourage
Pilote	DASES
Partenaires associés	Associations de cohabitation intergénérationnelle
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Nombre de binômes cohabitant

23 Réseau Logement Seniors ou RLS : dispositif mis en place par la Mairie du 3^e arrondissement avec ses partenaires (bailleurs sociaux, CASVP, Régie de Quartier, PACT de Paris, ASAD). Le dispositif propose des appartements adaptés aux seniors situés dans le parc social du 3^e arrondissement de Paris. Les loyers sont proposés en fonction des ressources. Les locataires ont accès à des prestations qui sont optionnelles (SAD, SSIAD, prestations du CASVP et de la Régie de Quartier...).

AXE B

ACCOMPAGNER LE GRAND ÂGE À PARIS : AGIR AU DOMICILE, ADAPTER L'OFFRE D'HÉBERGEMENT, PRENDRE EN COMPTE LA RÉALITÉ DES AIDANTS

ACCOMPAGNER LE GRAND ÂGE À PARIS : AGIR AU DOMICILE

L'APA à domicile sert à financer les dépenses figurant dans le plan d'aide personnalisé de la personne âgée. En 2011, à Paris, elle a été perçue par 18 335 personnes âgées, soit 67 % de bénéficiaires de plus qu'en 2005.

L'APA à domicile a représenté plus de 82 M€ de dépenses pour le département de Paris en 2011 contre 55,85 M€ en 2006, soit une augmentation de près de 46 %.

UNE OFFRE DE SERVICES IMPORTANTE ET VARIÉE DONT LA LISIBILITÉ DOIT ÊTRE AMÉLIORÉE

► LE DIAGNOSTIC

Le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées se caractérise à Paris par une offre de services importante.

Les personnes âgées peuvent avoir recours à l'aide à domicile selon trois modalités :

- en prestataire : le service d'aide à domicile est l'employeur de l'intervenant à domicile et assure la gestion administrative de l'intervention ;
- en mandataire : la personne âgée est l'employeur de l'intervenant à domicile mais le service d'aide à domicile lui apporte son assistance administrative notamment en ce qui concerne le recrutement ;
- en emploi direct : la personne âgée est l'employeur de l'intervenant à domicile et assure seule l'ensemble des démarches administratives relatives à l'emploi de son salarié (recrutement, déclaration, établissement du contrat de travail, établissement de paies, versement des cotisations sociales...).

Comme l'illustre le tableau ci-dessous, le choix des personnes âgées entre ces trois modes d'intervention évolue : alors que le nombre de bénéficiaires s'accroît, le mode mandataire décline au profit du mode prestataire et de l'emploi direct.

	Nombre de bénéficiaires 2005	Part en 2005	Nombre de bénéficiaires 2009	Part en 2009
Prestataire	6 168	50,6 %	11 165	59,8 %
Mandataire	2 024	16,6 %	1 963	10,5 %
Gré à gré	4 002	32,81 %	5 556	29, %
TOTAL	12 191		18 864	

Source : rapport 2009 du service des prestations (heures de jour en semaine)

- **les services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)**

Paris compte :

- **40 SSAD, répartis entre services publics (CASVP), associatifs ou privés prestataires autorisés, dont 16 associatifs habilités à l'aide sociale et tarifés depuis 2008**
- **195 structures de services à la personne, associatives ou privées bénéficiant d'un agrément qualité délivré par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE)**
- **588 structures de services à la personne, associatives ou privées bénéficiant d'un agrément simple.**

L'offre de services d'aide et d'accompagnement à domicile à Paris se caractérise par :

- un nombre important de services prestataires et mandataires soumis à des normes et des conditions de qualité différentes selon qu'ils relèvent des procédures d'agrément ou d'autorisation ;
- une offre dont le niveau de qualité est inégal et difficilement vérifiable. Comme le souligne le rapport de l'IGAS sur la qualité des services d'aide à domicile, la réglementation ne prévoit pas que des évaluations des prestations effectuées soient faites au domicile de la personne ;
- un manque de lisibilité du contenu de l'offre ;
- une concurrence importante entre les structures.

- **Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)**

33 SSIAD à Paris soit 5 083 places pour les personnes âgées et 80 places pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ESA).

3^e département français en termes de taux d'équipement en SSIAD (27,8 ‰), 1^{er} au niveau régional

Le taux d'équipement en SSIAD à Paris est supérieur aux moyennes régionales et nationales. Cela s'explique par la part importante de personnes âgées dépendantes vivant à domicile sur le département. En effet 31 % des bénéficiaires parisiens de l'APA à domicile sont GIR1 et 2, donc très dépendants et nécessitant des soins infirmiers. Ce taux n'est que de 27 % en moyenne dans les autres départements d'Ile-de-France.

- **Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) associent les deux catégories de services citées ci-dessus.**

13 SPASAD parmi les 16 associations autorisées et tarifées

- **Une offre de soins de proximité importante**

Elle se caractérise à la fois par une forte densité médicale et par une accessibilité financière remise en question par l'importance du secteur 2.

24 Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées, IGAS, juillet 2009

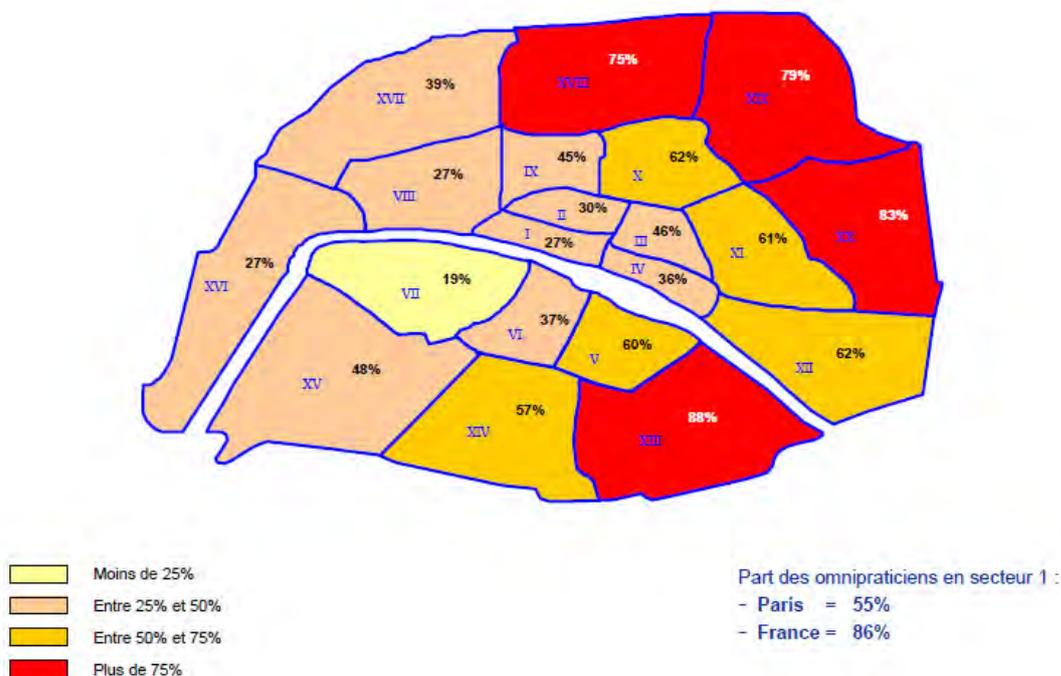
25 Statistiques APA octobre 2011

26 ADIAM (9^e), AMSAD 20-Léopold BELLAN (20^e), AMSAV 18 (18^e), AMSD (7^e), ASAD 10 (10^e), Fondation Sainte-Marie (14^e), FOSAD (5^e), Les Amis (17^e), Maison des champs (19^e), Notre Village (15^e), UNA PARIS 12 (12^e) et la Vie à Domicile (16^e)

ZOOM SUR L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ

- On compte 9 médecins généralistes pour 10 000 habitants sur Paris contre 9,7 au niveau national. Dans les arrondissements du nord-est, ce taux tombe à 7,6 médecins pour 10 000 habitants.
- Seuls 32 % des médecins sont conventionnés secteur 1 contre 60 % au niveau national.
- 66 % des médecins libéraux sont des spécialistes soit un taux trois fois supérieur à la moyenne nationale.
- Paris dispose de 93 centres de santé (dont 5 municipaux), 60 % sont gérés par le secteur associatif.

Part des omnipraticiens conventionnés en secteur 1



Source : Audit de l'accès aux soins - DASES

► LES RÉALISATIONS 2006-2011

• Les conventions de modernisation et de professionnalisation des services prestataires

Un des enjeux du précédent schéma était la modernisation de l'aide à domicile. En 2006, deux conventions de modernisation et de professionnalisation des services prestataires ont été conclues avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et la fédération UNA-Paris d'une part et la fédération ADMR d'autre part. Ces conventions s'appliquaient aux 16 services d'aide à domicile parisiens habilités à l'aide sociale légale. Elles ont permis d'accompagner les associations engagées à obtenir une certification qualité et parallèlement de poursuivre les actions de soutien et de formation du personnel.

L'objectif d'au moins 20 % de personnel qualifié a été dépassé par 12 associations. Le coût de ces actions a été cofinancé par le département de Paris et la CNSA.

► **LES EXPÉRIMENTATIONS 2006-2011**

• **La mise en place de services et gardes itinérantes de nuit à domicile**

Dans le cadre de la convention de modernisation, les SAAD de l'UNA Paris 12, du SAM AREPA et de la Fondation Maison des Champs ont expérimenté la mise en place de gardes itinérantes de nuit. Ces expérimentations doivent faire l'objet d'une évaluation par la CNSA qui pourra être complétée par une étude plus précise du département de Paris.

La mise en place de gardes de nuit pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile interroge cependant sur les limites du maintien à domicile des personnes très dépendantes.

• **La création d'un SSIAD « renforcé »**

Le SSIAD Domidom situé dans le 9^e arrondissement prend en charge des personnes âgées ou handicapées, atteintes de maladies neurologiques invalidantes, de pathologies cancéreuses ou ayant besoin de soins palliatifs. Ce SSIAD peut prévoir jusqu'à quatre passages par jour et la durée d'intervention est plus longue qu'en SSIAD « classique ».

• **Le développement des équipes spécialisées Alzheimer**

16 SSIAD parisiens portent une « équipe spécialisée Alzheimer » (ESA) permettant la couverture de l'ensemble du territoire parisien. Ces équipes se rendent au domicile des malades nouvellement diagnostiqués pour conseiller les familles et aider à la mise en place du plan d'aide.

► **LES ENJEUX 2012-2016**

• **Permettre une meilleure lisibilité des services d'aide à domicile pour l'utilisateur**

Les personnes âgées et leur entourage ont le choix entre de nombreux services d'aide à domicile et disposent de peu de moyens permettant d'identifier le niveau de qualité des services qui leur sont proposés.

• **Des services prestataires autorisés et habilités par le département qui doivent se consolider**

Trois rapports successifs, issus de l'ADF (Assemblée des départements de France), de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, d'une parlementaire (rapport Poletti²⁷), soulignent les difficultés financières des services prestataires autorisés et habilités.

Selon le rapport de la MIE 28 les associations autorisées sont en situation de fragilité financière en raison :

- de la baisse de leur niveau d'activité (-10 % de 1999 à 2009 suite à la diminution des heures d'aide sociale légale et des prises en charge CNAV qui n'a pas été entièrement compensée par l'augmentation des heures « APA ») ;
- de l'augmentation du coût de leur tarif induit notamment par les efforts de qualification et professionnalisation ;
- de l'augmentation de la concurrence ;
- de l'emploi direct.

Aussi, les associations autorisées et habilitées par le département sont confrontées à la nécessité de poursuivre leurs efforts de qualité de prise en charge tout en maîtrisant leurs coûts.

• **Veiller à sécuriser la prise en charge des personnes âgées qui optent pour l'emploi direct**

Bien que les services prestataires - voire mandataires - puissent sembler plus adaptés à des personnes âgées très dépendantes, le choix de l'emploi direct s'impose souvent pour des raisons économiques lorsque les personnes âgées ont besoin de nombreuses heures d'aide humaine.

27 Rapport de la mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles, dit rapport Poletti, janvier 2012

28 Rapport de la Mission d'information et d'évaluation « Les personnes âgées à Paris: état des lieux et perspectives », dit rapport MIE, sept. 2011

En effet, 40 % des bénéficiaires de l'APA sont des particuliers-employeurs et font appel à des intervenants dans le cadre de l'emploi direct. Cependant, l'emploi direct n'est soumis ni aux procédures d'autorisation ni aux exigences de l'agrément qualité. Il est alors impossible d'effectuer des contrôles sur la qualité des services rendus dans ce cadre, bien qu'ils soient financés par l'APA. Toutefois, depuis peu, des efforts d'organisation de ce secteur par des Fédérations d'employeurs se développent. Ainsi, la FEPEM ou le Syndicat des Particuliers Employeurs proposent des formations pour les employeurs comme pour les intervenants à domicile.

- **Prendre en compte les diversités du public Parisien et de ses choix de vie pour ne stigmatiser aucun demandeur.** Favoriser des prises en charge individualisées par la formation des encadrants comme des intervenants à ces spécificités.

► **DES ENJEUX DÉPASSANT LA SEULE COMPÉTENCE DÉPARTEMENTALE**

- **Structurer l'offre de services d'aide à domicile**

Les entrepreneurs associatifs ou privés souhaitant proposer des services à domicile auprès de publics fragiles doivent obtenir un agrément qualité délivré par la DIRECCTE. Or, il n'existe actuellement aucune régulation vis-à-vis de la création de ces services : la DIRECCTE applique la loi et le simple engagement du respect du cahier des charges est suffisant pour obtenir l'agrément. Cette situation conduit parfois à une surabondance d'entrepreneurs sur des territoires dont les besoins sont largement couverts alors que d'autres territoires restent insuffisamment pourvus.

L'importance de l'offre de services à domicile à Paris crée une concurrence importante qui peut nuire à la qualité des services fournis. Elle fragilise les entreprises, et peut au final créer un risque d'interruption de l'accompagnement des usagers dépendants en cas de cessation d'activité de l'entreprise de services à domicile.

Le rapport Poletti²⁹ indique à ce sujet que la fragilité financière des entreprises de service à domicile est due à des raisons conjoncturelles (réduction des financements publics, baisse du volume d'activité...) mais également structurelles : « coût de revient qui n'est pas couvert par la tarification [...], incapacité des financeurs à réguler le système et à rendre les structures plus efficaces [...] ».

L'ARS tout comme le département de Paris considère que l'amélioration de l'organisation des services intervenants à domicile est un enjeu capital pour garantir la qualité des services rendus aux personnes âgées dépendantes. C'est pourquoi une réflexion avec l'ARS, les conseils généraux et la DIRECCTE devrait être engagée suite à l'adoption du SROMS fin 2012.

- **Pallier aux difficultés de recrutement des services d'aide à domicile**

La qualification et la valorisation des métiers de l'aide à domicile constituent un enjeu de qualité du service rendu. Or les services d'aide à domicile sont confrontés à des difficultés pour recruter du personnel (conditions de travail difficiles, salaires peu attractifs, personnel peu ou pas qualifié), et pour maintenir en poste les professionnels qualifiés en raison d'un important phénomène d'usure.

Aussi, la Région Ile-de-France et l'Etat (Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale), institutions compétentes en ce qui concerne la formation et la valorisation des métiers, doivent mettre en place les moyens qui permettront de recruter des professionnels de l'aide à domicile compétents et en nombre suffisant.

- **Prendre en compte le risque de fragilisation du suivi médical des personnes âgées**

Le nombre de médecins réalisant des visites à domicile baisse sensiblement. De plus, 15 % des médecins généralistes devraient prendre leur retraite d'ici 2015 et ne seront pas remplacés.

Ces deux phénomènes, qui pourraient nuire au suivi médical des personnes âgées, doivent être pris en compte par l'ARS dans sa gestion du secteur sanitaire.

²⁹ Rapport de la mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles, dit rapport Poletti, janvier 2012

DE NOMBREUSES AIDES AUX SENIORS QUI VIVENT À DOMICILE

► LE DIAGNOSTIC

Paris comprend une part importante de personnes âgées pauvres, en augmentation ces dernières années. De fait, le pourcentage de personnes âgées bénéficiaires du « minimum vieillesse » (ASPA) à Paris est plus élevé que celui de la Région : 4 % à Paris contre 3 % en Ile-de-France. Les causes de ce phénomène sont multiples : contexte de crise économique³⁰, difficultés personnelles (divorce, veuvage..) et arrivée à l'âge de la retraite d'actifs ayant connus des périodes sans emploi.

Aussi, afin que ces personnes puissent faire face au manque de ressources et à la perte d'autonomie, la collectivité parisienne a mis en place plusieurs aides financières. Ces aides sont de deux types : les aides relevant de la loi (les aides légales) et les aides témoignant d'une volonté spécifique de la collectivité parisienne à l'égard de ses habitants âgés (aides facultatives).

- **Une aide légale : l'aide ménagère à domicile**

C'est une aide légale départementale pour les personnes âgées les plus modestes qui ont besoin d'aide pour réaliser certaines tâches de la vie quotidienne mais qui ne peuvent prétendre à l'APA car elles sont évaluées en GIR 5 et 6.

L'aide ménagère départementale permet de financer 30 heures d'aide-ménagère par mois.

En 2009, le département de Paris a consacré 9 millions d'euros à l'aide-ménagère légale. Cette aide a profité à 1 467 personnes âgées.

- **L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée par le département aux personnes dépendantes vivant à domicile**

En 2011, le département de Paris a consacré 82 M€ à l'APA à domicile. L'allocation a été attribuée à plus de 18 000 bénéficiaires.

- **Les dépenses APA à domicile ont fortement augmenté en cinq ans (+45 %)**

Depuis 2005 le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a augmenté et le taux de dépendance des personnes âgées vivant à domicile est de plus en plus élevé :

- le nombre des bénéficiaires de l'APA à Paris a augmenté de 67 % entre 2005 et 2011, mais semble s'être stabilisé en 2011 ;
- 31 % des bénéficiaires parisiens de l'APA à domicile à Paris sont évalués en GIR 1 et 2, contre 27 % en moyenne dans les autres départements de la région.

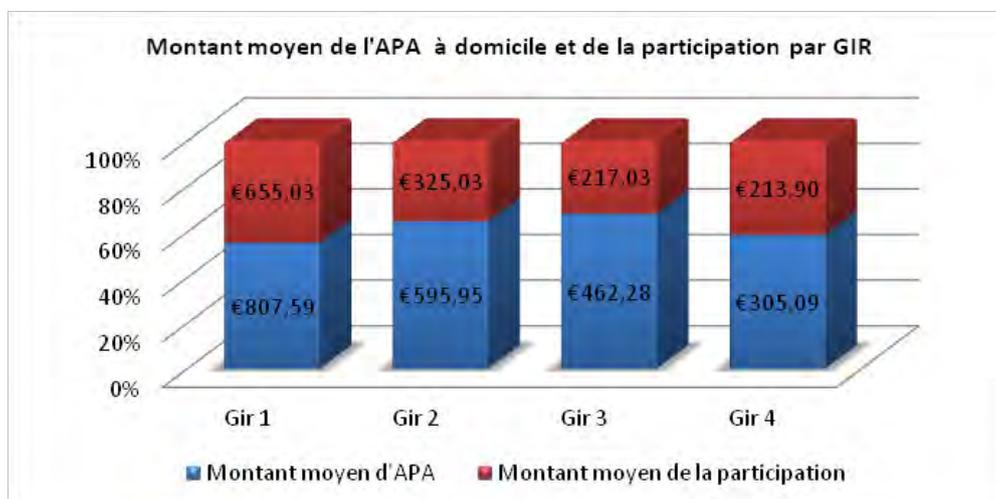


Source : Contrôle de gestion de la DASES

³⁰ Paris résiste au vieillissement démographique, APUR, février 2011

- **Un reste à charge important malgré les aides de la collectivité parisienne**

Malgré l'aide à la prise en charge de la dépendance accordée par le département, le reste à charge des seniors parisiens dépendants et vivant à domicile est conséquent. Plus la dépendance est importante, plus le reste à charge est élevé : il représente 45 % du budget estimé pour les personnes en GIR1, et 41 % du budget estimé pour les personnes en GIR4.



- **Les aides facultatives versées par le CASVP³¹**

Le CASVP propose des aides deux types : des aides financières pour les Parisiens aux faibles revenus, et des aides d'accès à un service accordées à tout senior parisien quels que soient ses revenus.

- **Des aides financières pour les plus modestes reformées en 2011**

En 2011 les aides financières versées aux personnes âgées ont été réformées avec deux objectifs : le premier étant l'amélioration de la lisibilité et de l'impact des aides de la ville de Paris auprès des parisiens âgés et le second étant la prise en compte des difficultés spécifiques des retraités les moins aisés (difficultés pour payer leurs loyers plus élevés dans la capitale, risque de renoncement aux soins faute de pouvoir participer à leurs dépenses de santé).

Ainsi ont été mises en place :

- L'Allocation Paris Solidarité Seniors, qui est une garantie de ressources au dessus du plafond du minimum vieillesse pour les Parisiens de plus de 65 ans : 840 € pour une personne seule et 1 356 € pour un couple. Les bénéficiaires potentiels sont estimés à 7 000.
- Le complément santé Paris, qui aide les personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiaires de l'allocation Paris solidarité seniors à s'acquitter des frais d'adhésion à une mutuelle complémentaire au régime de la sécurité sociale. Le nombre de bénéficiaires potentiels a été estimé à 3 300 personnes.
- L'allocation Paris logement seniors qui est une nouvelle prestation destinée à aider financièrement jusqu'à 80 € mensuels les personnes âgées modestes (revenus mensuels inférieurs à 1 100 €) qui consacrent plus de 30 % de leurs ressources à leur loyer. Le nombre de bénéficiaires est estimé à 3 400.

Chiffres 2010 :
8 543 bénéficiaires
4 312 539 € de dépenses

- **Des aides qui facilitent l'accès à certains services**

- Le Navigo Emeraude Améthyste donne un accès illimité aux transports en commun à Paris moyennant une participation forfaitaire de 40 €/an. Il est délivré aux personnes âgées ou en situation de handicap, domiciliées à Paris depuis plus de trois ans, sous condition d'imposition (montant de l'impôt sur les revenus soumis au barème < ou = à 2 028 € pour les premières demandes et < ou = à 2 287 € pour les renouvellements). Les bénéficiaires des minima sociaux ou de certaines allocations versées par le CASVP (Paris Solidarité, Complément Santé Paris...) ainsi que les anciens combattants, veuves et veufs de guerre de

³¹ Seules les principales aides sont citées.

65 ans et plus, peuvent l'obtenir gratuitement. Depuis novembre 2012, il est disponible sur Passe Navigo et peut être remplacé en cas de perte ou de vol moyennant 8 € facturés par la RATP, ce qui n'était pas possible du temps du coupon magnétique.

- La carte Paris à domicile permet l'accès aux prestations de soutien à domicile du CASVP (téléalarme, port de repas, pédicurie, coiffure, diagnostic habitat). Cette carte est remise gratuitement aux personnes âgées dont le montant de l'impôt est inférieur ou égal à 2 028 €. Au-delà de ce montant une participation de 38 € est demandée au titre des frais de dossier.

Chiffres 2010 :
8 774 bénéficiaires

► LES RÉALISATIONS 2006-2011 ET LES PROJETS EN COURS

- **De nouvelles conditions de versement de l'APA pour un soutien renforcé aux Parisiens les plus modestes**

Depuis novembre 2011, le département de Paris a créé une nouvelle aide extra-légale qui porte le niveau d'exonération de toute participation au financement de l'APA de 710,31 € à 975,35 €. Par ailleurs, les personnes dont le revenu de référence est compris entre 975,35 € et 1 219,18 € de ressources mensuelles voient leur participation au plan d'aide APA minorée.

Ces mesures devraient bénéficier à 5 500 personnes âgées percevant l'APA.

- **L'initialisation de la mise en place du CESU (chèque emploi service universel) et la télégestion (horizon 2012-2013)**

Afin d'avoir un meilleur suivi des plans d'aide et de moderniser les moyens de paiement, le département de Paris a lancé la mise en place du CESU et de la télégestion. La télégestion permet de noter l'arrivée et le départ des intervenants à domicile et ainsi de faciliter la facturation des prestations. Cet outil informatique concerne les 16 associations tarifées par le département ainsi que les services agréés intervenant en prestataire déjà équipés de télégestion et ayant un volume d'activité suffisant. Le CESU préfinancé concernera les prestataires non tarifés, les services agréés non équipés de la télégestion, les services mandataires, ou l'emploi direct.

La mise en place de ces dispositifs répond à plusieurs objectifs :

- Mieux contrôler la réalisation et le suivi du plan d'aide à domicile.
- Améliorer le service offert aux bénéficiaires en leur permettant de disposer facilement d'informations sur leurs aides et leurs consommations.
- Mettre à la disposition des services participant au dispositif un outil de gestion interne.
- Améliorer les procédures administratives, notamment les procédures de paiement.

► LES ENJEUX 2012-2016

- **Anticiper l'évolution des besoins et recentrer les aides sur les publics pauvres**

Paris concentre une part importante de personnes âgées pauvres en augmentation ces dernières années. Si la collectivité parisienne a mis en place un certain nombre d'aides visant à soutenir les seniors précaires vivant à domicile, notamment ceux touchés par la dépendance, l'hypothèse d'une augmentation des personnes âgées à l'horizon 2030, doublée d'une perspective de l'augmentation de leur précarité, doit mener la collectivité parisienne à repenser le ciblage de ses aides en faveur des plus modestes.

- **Faire mieux connaître l'offre d'aides aux publics cibles**

La M.I.E³² propose de mieux communiquer sur certaines de ces aides comme la carte Paris à domicile « dont le taux de recours, avec environ 9 000 bénéficiaires, reste faible par manque de connaissance de l'offre, ou du fait d'un public refusant parfois toute aide sociale », pour que ces aides bénéficient plus largement aux personnes âgées qui pourraient y prétendre.

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

En 2011, le département de Paris a consacré 82 millions d'euros à l'APA à domicile, qui a bénéficié à 18 335 personnes âgées en perte d'autonomie, et 9 millions d'euros à l'aide-ménagère légale qui a profité à 1 467 personnes âgées en GIR 5 et 6. Depuis 2005, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a augmenté de 67 % et la dépendance des personnes âgées vivant à domicile est de plus en plus lourde. Or le paiement et la gestion de ces aides s'effectuent encore au moyen de procédures « papier ». Cela rend complexe le suivi et le contrôle de l'effectivité et de la bonne exécution des plans d'aide, ne garantit pas une utilisation des sommes allouées conforme aux besoins des personnes âgées et génère des tâches administratives lourdes et répétitives pour le département comme pour les services d'aide à domicile ainsi que des délais de paiement trop long des factures des associations et services prestataires.

Pour mieux répondre à l'accroissement de cette activité, le département de Paris a décidé de s'engager dans un important effort de modernisation de la gestion de l'APA à domicile en mettant en place l'utilisation du CESU préfinancé et d'un dispositif de télégestion et télétransmission. L'objectif est d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers comme aux opérateurs d'aide à domicile. Cet engagement se traduit par un investissement financier de la part du département de 5 530 000 € (action 1).

A Paris, le secteur de l'aide à domicile est en forte expansion et il se caractérise par une offre de service importante et diverse. En 2011, le territoire parisien compte 40 services autorisés par le département - dont 16 tarifés depuis 2008. 195 services à la personne sont agréés par les services de l'Etat pour la prise en charge des personnes dépendantes et en situation de handicap, et 588 services ayant effectué une déclaration (ex-agrément simple).

Cependant, les conditions de création et d'organisation territoriale de ces services posent question. En effet, ces services se créent en nombre mais leur implantation dans les différents arrondissements parisiens génère des inégalités territoriales en termes d'offre aux personnes âgées. Actuellement, l'offre de services à domicile est trop importante dans Paris tandis qu'elle demeure insuffisante dans certains territoires d'Ile de France. De plus, le nombre important de structures d'aide à domicile suscite une concurrence exacerbée entre services. Cette concurrence impacte la qualité de l'aide à domicile (services compétitifs mais investissant trop peu sur la formation de leur personnel). Elle peut également avoir pour effet de faire disparaître les services à domicile les moins rentables, et par conséquent créer une rupture dans la continuité de la prise en charge des personnes âgées.

Ce constat est partagé par le département de Paris et l'ARS. Le SROMS dans son objectif opérationnel 1-1 préconise -tout comme le département- « d'améliorer la lisibilité et l'organisation des services intervenant à domicile ». Conformément à l'objectif du SROMS, le département de Paris s'engage à mettre à disposition des services de l'Etat, des fédérations et des syndicats du secteur son diagnostic de l'offre et des besoins parisiens pour assurer une information complète aux nouveaux entrepreneurs. Agir en amont, avec l'ensemble des acteurs permettra de favoriser une répartition de l'offre plus efficace sur le territoire parisien et francilien (action 2).

Malgré l'aide importante apportée par le département au titre de l'APA, le reste à charge des seniors parisiens dépendants et vivant à domicile reste important, il représente 45 % du budget estimé pour les personnes en GIR 1 et 41 % pour les personnes en GIR 4. Aussi, pour soutenir les choix de tous les Parisiens âgés, de nouvelles conditions d'attribution de l'APA ont été mises en œuvre à destination des personnes les plus modestes.

Pour consolider cette politique, il est capital pour le département de Paris de maintenir une offre d'aide à domicile habilitée à l'aide sociale c'est le cas des 16 associations qui sont tarifées et habilitées à l'aide sociale. Le CASVP s'est également engagé en ce sens en modernisant son offre publique d'aide à domicile. Depuis 2011, 6 plateformes ont été créées et les horaires d'interventions ont été élargis en soirée et en week-end pour assurer un accompagnement complet.

Le département de Paris et l'ARS considèrent que l'amélioration de l'organisation des services intervenant à domicile est un enjeu pour garantir leur pérennité. C'est pourquoi le département de Paris soutiendra les projets de mutualisation et d'organisation portés par la Fédération UNA-Paris (action 3).

Le département de Paris et l'ARS considèrent que l'amélioration de l'organisation des services intervenant à domicile est un enjeu pour garantir leur pérennité. C'est pourquoi le département de Paris soutiendra les projets de mutualisation et d'organisation portés par la Fédération UNA-Paris (action 3).

OBJECTIFS

- Moderniser l'attribution de l'APA à domicile avec la mise en place du CESU préfinancé et de la télégestion.
 - mettre en place des outils de suivi et de contrôle de l'effectivité de l'exécution des plans d'aide ;
 - simplifier et alléger les tâches administratives, tant pour le département que pour les services d'aide à domicile ;
 - moderniser et sécuriser les paiements aux usagers, comme aux services prestataires.
- Informer les opérateurs afin d'encourager une meilleure répartition territoriale des services par rapport aux besoins.
- Inciter les structures d'aide à domicile à mutualiser certains services.

Encourager au regroupement d'associations et/ou de services à domicile afin de consolider les services à domicile existants en réduisant leurs charges.

PUBLICS VISÉS

- Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- Acteurs publics impliqués dans l'aide à domicile

ACTIONS

ACTION 1	
Mise en place de l'utilisation du CESU préfinancé et d'un dispositif de télégestion et de télétransmission par le département de Paris pour améliorer la qualité des services rendus aux usagers et aux opérateurs de l'aide à domicile	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter le suivi et le contrôle de l'exécution des plans d'aide et la traçabilité des interventions par l'horodatage des interventions à domicile - Faciliter et sécuriser le paiement de l'APA et de la PCH aux usagers en mettant en place le CESU préfinancé pour les bénéficiaires ayant recours à l'emploi direct ou à un service mandataire et à ceux faisant appel à un service non tarifé par le département de Paris. - Mettre en place un dispositif de télégestion et/ou de télétransmission des données relatives aux usagers et aux interventions entre le département et les services autorisés et tarifés ainsi que les services agréés déjà dans cette démarche. - Former les utilisateurs et apporter une information adaptée aux usagers. - Simplifier et alléger les tâches administratives et moderniser et sécuriser les paiements aux services prestataires.
Pilote	DASES
Partenaires associés	CNSA, Fédérations (UNA, ADMR...), associations et services d'aide à domicile.....
Calendrier	En cours : prestataire retenu après appel d'offre, début de phase pilote septembre 2012, finalisation du dispositif : mi 2013
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution du nombre de refus d'horodatage par les usagers - Délais de paiement des factures

ACTION 2		Définir les modalités d'information aux nouveaux entrepreneurs
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les informations à diffuser : niveau de solvabilité de la demande, niveau de demande par territoire, type de services manquants ou sollicités... - Elaborer les supports d'information - Identifier les acteurs chargés de diffuser l'information - Formaliser un protocole d'information aux entrepreneurs (réunions...) - Communiquer sur la mise à disposition de ce type d'information 	
Pilote	DASES	
Partenaires associés	DIRECCTE, ARS, Entrepreneurs, Fédérations et syndicats du secteur (UNA, ADMR, FEPEM, SPE, FESP....), CCI...	
Calendrier	2014	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de créations annuelles de nouveaux services (bilan statistique) - Evolution de la répartition de l'offre au niveau régional - Nombre de supports d'information réalisés - Nombre de réunions réalisées auprès des entrepreneurs 	

ACTION 3		Accompagner la mutualisation des services
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir l'objectif de l'UNA-Paris de mutualisation et de regroupement des associations, notamment de celles qui ont une faible activité - Encourager la mutualisation de certaines activités entre services et/ou associations (services logistiques, administration, facturation...) - Encourager le regroupement d'associations 	
Pilote	DASES	
Partenaires associés	UNA, associations et services d'aide à domicile	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de mutualisations entre services - Nombre de regroupements de services - Impact des mutualisations et des regroupements 	

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

L'amélioration de la qualité des services d'aide à domicile a été fortement soutenue par la ville de Paris grâce à l'adoption de deux conventions de modernisation et de professionnalisation des services prestataires. Ces conventions ont été conclues en 2006 avec la CNSA et la fédération UNA-Paris d'une part et la fédération ADMR d'autre part. La CNSA et le département de Paris ont cofinancé à part égale ces projets. Ces conventions se sont appliquées aux 16 services d'aide à domicile parisiens habilités à l'aide sociale légale. Elles ont permis d'accompagner les associations engagées pour obtenir une certification qualité et parallèlement de poursuivre les actions de soutien et de formation du personnel. L'objectif d'au moins 20 % de personnel qualifié a été dépassé par 12 associations.

La formation et l'implication du personnel des services d'aide à domicile sont des facteurs qui favorisent la qualité des services effectués auprès des personnes âgées. En effet, c'est ce personnel qui est en contact direct et régulier avec elles. Il est donc le premier à pouvoir repérer des signes de dégradation d'une situation et à être en mesure de les signaler pour faire évoluer la prise en charge. Par ailleurs, le lien social créé entre la personne aidée et l'intervenant est un facteur important pour la prévention de la perte d'autonomie. Le département de Paris poursuivra la mise en œuvre de conventions de modernisation et de professionnalisation pour améliorer la formation des intervenants et il entend donner toutes leurs places aux représentants de l'aide à domicile au sein des coordinations gérontologiques pour améliorer les signalements en amont (action 1).

Les Parisiens âgés vivant à domicile sont amenés à choisir entre plusieurs types de services à domicile, sans toujours disposer d'éléments d'appréciation des prestations proposées. En sus des services d'aide à domicile autorisés ou agréés, les personnes âgées peuvent également opter pour l'emploi direct (via une structure mandataire ou non). Or ce type d'aide à domicile présente un avantage en termes de coût mais impose à la personne âgée d'assumer l'ensemble des obligations d'un employeur (respect du code du travail, déclaration...), obligations auxquelles elle n'est toutefois pas préparée.

Ainsi, il n'est pas toujours aisé pour la personne âgée et/ou son entourage d'identifier les sources d'informations pertinentes qui pourraient les aider à effectuer un choix de prestations et d'intervenants en connaissance de cause. Afin de soutenir le choix des Parisiens âgés des documents de communication dédiés au domicile seront systématiquement mis en place (action 2).

Dans un souci de complémentarité des interventions réalisées autour de la personne âgée, et particulièrement en cas de grande dépendance (31 % des bénéficiaires parisiens de l'APA à domicile à Paris sont évalués en GIR 1 et 2, contre 27 % en moyenne dans les autres départements de la région), les services d'aide à domicile doivent travailler en partenariat avec les autres professionnels opérant à domicile. Dans ce cadre, le département de Paris encouragera et évaluera les modalités d'intervention combinées entre les différents modes de prise en charge pour mieux accompagner le grand âge à domicile (action 3).

OBJECTIFS

- Encourager les services et les établissements à promouvoir des actions de développement de la qualité :
 - organiser des formations spécifiques pour les personnels ;
 - faciliter l'accompagnement des personnels et encourager le dialogue avec leurs encadrants ;
 - favoriser les actions d'analyse des pratiques professionnelles.
- Faciliter et rationaliser l'accès à l'information pour le public visé et lui permettre de bénéficier d'informations détaillées sur les dispositifs d'accompagnement du grand âge et tous les modes d'intervention à domicile.
- Soutenir les partenariats « mandataire – prestataire - emploi direct » permettant d'optimiser l'offre de services et son coût et de sécuriser ainsi la continuité de la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie.

PUBLICS VISÉS

- Services d'aide à domicile et leurs équipes
- Personnel en relation avec le public

ACTIONS

ACTION 1	
Encourager les services à domicile à mettre en place l'ensemble des éléments contribuant à favoriser la qualité de leur prise en charge	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire l'amélioration de la qualité dans les projets des services - Se doter de procédures favorisant la qualité, notamment la régularité, la fiabilité et la réactivité des services, en particulier par la voie de la certification et de l'évaluation interne - Inciter le personnel d'encadrement à être à l'écoute des intervenants placés auprès des usagers - Favoriser l'implication des intervenants, pour qu'ils soient un relais efficace entre l'utilisateur et la structure, les former à prendre en compte les signes de risque - Encourager la mise en place de formations ciblées dans le cadre de la convention de modernisation conclue avec la CNSA - Accompagner les personnels dans l'exercice de leurs fonctions : mettre en place des heures de coordination interne en dehors des temps d'intervention et de formation (SAAD, SSIAD...) - Développer la coordination avec les autres intervenants au domicile (plannings, transmissions...) - Favoriser l'intégration des services à domicile dans les coordinations territoriales - Développer l'information des particuliers employeurs sur la formation des salariés - Mettre en place des prises en charge individualisées prenant en compte les problématiques spécifiques des usagers dans le respect de leur choix de vie
Pilote	DASES
Partenaires associés	ARS, services d'aide à domicile, SPASAD, SSIAD, FEPEM, SPE, CLIC Paris Emeraude
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Inscription de la qualité dans les projets de services - Nombre de structures certifiées et/ou ayant mis en place des procédures d'évaluation interne - Nombre d'heures de supervision ou de coordination interne réalisées - Nombre de services présents aux instances de coordination territoriale

ACTION 2 Informer les personnes âgées et leur entourage sur les modalités d'intervention professionnelle à domicile	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Créer des supports d'information (à partir des «fiches usagers» des CLIC Paris Emeraude sur l'aide à domicile) sur les modalités d'intervention à domicile, présentant : <ul style="list-style-type: none"> • le contenu d'une intervention à domicile ; • les modes d'intervention (mandataire, prestataire, emploi direct), leurs avantages et inconvénients ; • des indications sur les situations auxquelles chaque mode d'intervention peut le mieux répondre ; • le statut du particulier-employeur, ses droits et devoirs, les formations disponibles pour ses salariés ; • les prises en charge financières possibles ; • les autres services de soutien à domicile (téléalarme, ...). - Diffuser largement les nouveaux documents - Mettre en place une campagne de communication au moment du lancement du CESU préfinancé - Consacrer une rubrique du site Paris.fr aux CLIC Paris Emeraude
Pilote	DASES via, au niveau des territoires, les CLIC Paris Emeraude
Partenaires associés	DICOM, Mairies d'arrondissement, CASVP, SAAD, SSIAD, CNAV, EMS APA, Fédérations (UNA, ADMR, FEPEM, SPE,...), DIRECCTE...
Calendrier	2013 (supports information) - 2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de supports d'information sur les thèmes précités (modes d'intervention à domicile, statut du particulier-employeur) - Nombre de supports diffusés par chacun des CLIC Paris Emeraude

ACTION 3 Développer les modalités d'intervention combinée entre les différents modes de prise en charge autour de la personne âgée, dans un esprit de bientraitance (prestataire, mandataire, emploi direct)	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser dans quelles situations ces partenariats peuvent exister (par ex : par rapport au niveau de perte d'autonomie de la personne âgée...) - Identifier les critères de choix du coordonnateur de chaque partenariat - Définir les modalités de mise en œuvre des partenariats (remplacements, répartition des horaires...) - Diffuser les bonnes pratiques - Après un délai à fixer, généralisation éventuelle de cette mesure à partir des résultats de l'évaluation de la situation par l'EMS APA
Pilote	DASES, EMS APA
Partenaires associés	DIRECCTE, Fédérations et syndicats du secteur (UNA, ADMR, FEPEM, SPE, FESP...), CLIC Paris Emeraude
Calendrier	Expérimentation en 2013-2014, et généralisation éventuelle en 2015
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de situations ou des interventions combinées sont mises en place

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Les équipes d'intervention à domicile sont amenées à accompagner des personnes de plus en plus âgées et dépendantes. De plus, l'évolution des traitements permet désormais aux malades chroniques d'atteindre le grand âge et leur situation se complexifie avec l'ajout d'autres pathologies.

Ces situations nécessitent un accompagnement particulier qui devrait se traduire par une personnalisation plus importante des projets de vie et par la mise en place de soins de confort (action 1).

L'accompagnement de personnes très âgées et très dépendantes amène ainsi à la prise en compte des fins de vie. Ces situations nécessitent la mise en place d'une communication adaptée avec les familles. Elles requièrent également pour les équipes prenant en charge les situations de fin de vie la définition d'un cadre précis d'intervention ainsi qu'un soutien renforcé (action 2).

L'amélioration de la prise en charge des personnes très âgées et très dépendantes et de la fin de vie est également un des objectifs que se fixe l'ARS dans son SROMS (objectif stratégique n°2, objectif opérationnel n° 2-2, « Améliorer la qualité de la fin de vie à domicile et en établissement et la place des soins palliatifs »).

OBJECTIFS

- Améliorer les pratiques d'accompagnement des personnes très âgées et très dépendantes

PUBLICS VISÉS

- Les équipes accompagnant les personnes très âgées et très dépendantes

ACTIONS

ACTION 1	
Au domicile, donner un sens à la prise en charge des personnes très âgées et très dépendantes : construire des plans d'aide individuels adaptés et évolutifs	
Former et soutenir les aidants (cf. fiche 12)	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Dispenser des formations aux intervenants sur la qualité de l'accompagnement relationnel (ex : faire de la toilette un moment de bien-être et pas seulement un geste technique) - Développer des formations sur la nutrition, l'aide à la mobilité, la bientraitance dans ce contexte particulier - Réfléchir collectivement au repli sur soi, au refus d'activités, d'alimentation ou de soins et aux réponses à y apporter, former les agents à le prendre en charge, sans ressenti d'échec - Construire, avec l'aide des proches et des partenaires, des projets adaptés à la situation de personnes très âgées et/ou très dépendantes qui ne sont pas en mesure de s'exprimer - Mettre en place une prise en charge polyvalente (aide et soins) - Exploiter les questionnaires de fin de prise en charge, révisés si nécessaire pour intégrer la fin de vie
Pilote	ARS, DASES, SPASAD, SAAD, SSIAD
Partenaires associés	Associations d'aidants, CODERPA
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Améliorations apportées dans la gestion de la grande dépendance à domicile

ACTION 2	
A domicile, développer les bonnes pratiques en termes de traitement de la douleur, de soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la pertinence du soutien à domicile dans la dignité jusqu'à la fin de la vie entre le médecin traitant, la famille, et les services intervenants - Procéder à des révisions rapides des plans d'aide APA en cas de besoin, mettre en place un nombre d'heures d'aide à domicile suffisant pour la prise en charge de la fin de vie : travailler avec la CPAM pour faciliter la mise en œuvre du Fonds sanitaire et social (FNASS), notamment sur les modalités d'agrément des services à domicile - Formaliser un protocole d'accompagnement de la fin de vie en particulier sur ses aspects techniques (douleur...) et éthiques (refus d'alimentation, de soins...) - Accompagner les agents dans l'application de ce protocole (soutien psychologique, supervision, appui technique...) <p>Intégrer des psychologues aux équipes des SPASAD afin d'accompagner la prise en charge des personnes en fin de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la formation des personnels des services intervenant au domicile (intervenants et encadrement) sur l'accompagnement des fins de vie - Former les infirmiers des SSIAD en soins palliatifs - Orienter les proches ayant besoin de soutien psychologique ou d'aides spécifiques (financière, aide aux démarches, orientation,) - Mettre en place des partenariats avec les réseaux de soins palliatifs (interventions/formations...)
Pilote	DASES ARS
Partenaires associés	CNSA, CPAM, médecins traitants à domicile et réseaux de santé, équipes accompagnant des personnes âgées en fin de vie (SPASAD, SAAD, SSIAD, HAD, équipes de soins palliatifs...), CLIC Paris Emeraude, services sociaux, associations de bénévoles
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervenants formés - Existence d'un protocole d'accompagnement de la fin de vie - Nombre de personnes âgées qui ont pu être accompagnées jusqu'au bout/ nombre de fin de prise en charge par décès/an - Nombre d'infirmiers formés en soins palliatifs en SSIAD - Présence de psychologues dans les SPASAD, SSIAD et SAAD

ACCOMPAGNER LE GRAND ÂGE À PARIS : ADAPTER L'OFFRE D'HÉBERGEMENT

L'OFFRE D'HÉBERGEMENT : UNE CAPACITÉ CONTRAINTE PAR LE COÛT ET LA DISPONIBILITÉ DU FONCIER

L'offre d'hébergement à Paris est diverse et propose des solutions pour tous les niveaux d'autonomie. Cependant, en nombre de places, elle reste inférieure au niveau de l'Ile-de-France. La relative rareté de l'offre, de même que le coût élevé des EHPAD à Paris, participent au choix de 68 % des parisiens bénéficiaires de l'APA en établissement d'être accueillis hors Paris. (Statistiques APA octobre 2011)

Une enquête a été réalisée en 2011 sur un échantillon de parisiens bénéficiaires de l'APA hébergés hors Paris. Sa conclusion est la suivante : « Le choix d'un EHPAD résulte très clairement d'un arbitrage intrafamilial complexe entre différentes options difficiles à appréhender. Néanmoins, les résultats de cette mini enquête mettent en évidence quelques tendances qu'il conviendra de prendre en compte lors de l'élaboration du prochain schéma :

- le souci de la proximité géographique avec les proches apparaît le motif prépondérant dans le choix de l'établissement. Ce taux de réponse peut s'expliquer par le fait que de nombreux parisiens, quittant Paris au moment de la retraite, souhaitent que leurs parents puissent résider à proximité du lieu qu'ils ont choisi pour se retirer. L'étude révèle que 77 % des personnes hébergées en province le sont dans le département de résidence du référent (familial) ou dans un département limitrophe. Cette tendance risque de perdurer.
- la demande non satisfaite dans Paris, faute de places disponibles dans 25 % des cas, la définition des objectifs de création de places en EHPAD reste essentielle. Ce sujet devra évidemment être approfondi au regard des études démographiques et épidémiologiques portant sur la population parisienne.
- la question du coût de l'hébergement dans Paris est aussi clairement posée... »

L'offre d'hébergement à Paris est composée de différents types de structures :

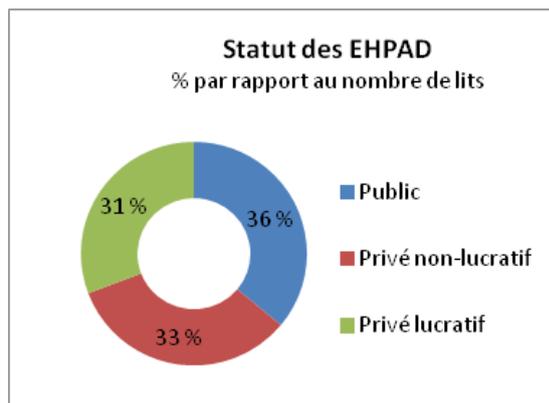
- **Les résidences appartements, non médicalisées et sans offre de services, destinées aux personnes âgées autonomes.**
- **Les résidences services (ou foyer-logement) proposent des logements de 15 à 30 m² à des personnes âgées autonomes, des services collectifs et la présence de personnel.**

101 résidences-appartements du CASVP soit 4 200 places
36 foyers-logements soit 2 532 places dont 1 551 du CASVP

- **Les EHPAD sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui proposent une prise en charge médicalisée au sein de l'établissement.**

62 EHPAD soit 6 662 places dont 2 275 du CASVP

La répartition des EHPAD selon leur statut (public, associatif ou privé lucratif) forme trois parts quasi-égales.



Sources : BAPA - DASES

L'offre publique est constituée par les établissements gérés par le CASVP, aussi importante par le nombre de places proposées que par son ancienneté.

ZOOM SUR L'OFFRE D'HÉBERGEMENT EN EHPAD DU CASVP (SOURCE : CASVP)

En 2010, l'offre de places en EHPAD du CASVP était de 1 107 dans les 8 établissements situés à Paris, 1 020 dans les 5 établissements en banlieue et 84 dans l'établissement situé à Villers-Cotterêts. Conformément à la mission du CASVP, toutes ces places sont habilitées à l'aide sociale.

Les personnes âgées, entrées en EHPAD, venaient des arrondissements les plus peuplés de Paris (15^e, 18^e, 19^e et 20^e). Les non parisiens représentaient 19 % des entrées notamment sur les établissements situés en banlieue.

87 % des personnes admises, en 2010, disposaient de ressources égales ou inférieures à 2 000 € mensuelles. La majorité des admis ont bénéficié de l'aide sociale à l'hébergement.

Les personnes accueillies en EHPAD à Paris sont très âgées³³. En effet, l'âge moyen des personnes accueillies dans les établissements parisiens était de 88 ans en 2009, ce qui est supérieur à la moyenne des autres départements d'Ile-de-France.

De plus, le pathos moyen pondéré³⁴ des établissements parisiens s'élevait à 219 en 2009 alors qu'au niveau national le PMP s'élevait à 168.

Ainsi les résidents des EHPAD parisiens en 2009 étaient des personnes âgées dépendantes voire très dépendantes. Selon un bilan réalisé par l'ARS d'Ile-de-France, 59 % des résidents étaient en GIR1 ou GIR2.



- Les PUV (Petites Unités de Vie) sont de nouvelles structures lancées dans le cadre du schéma 2006-2011. Elles comportent moins de 25 places, et ne mobilisent que de petites surfaces. Elles sont donc plus faciles à insérer dans des programmes de construction et permettent un accueil plus adapté aux situations spécifiques (troubles psychiatriques, publics marginalisés).

5 PUV soit 87 places

La nouvelle maison (15^e), La Jonquière (17^e), Gautier Wendelen (19^e), Les jardins d'Orsan (12^e)

- Les USLD (Unités de Soins de Longue Durée) sont des hébergements pour des personnes âgées non seulement dépendantes mais aussi atteintes d'affections nécessitant des soins en continu. Ces unités rattachées au secteur sanitaire, sont gérées par l'AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris).

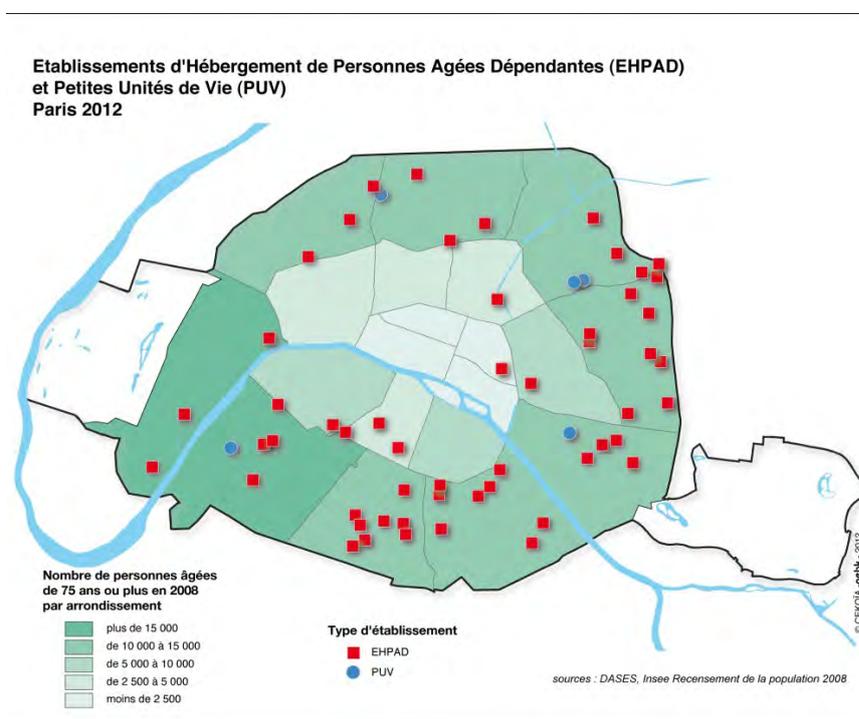
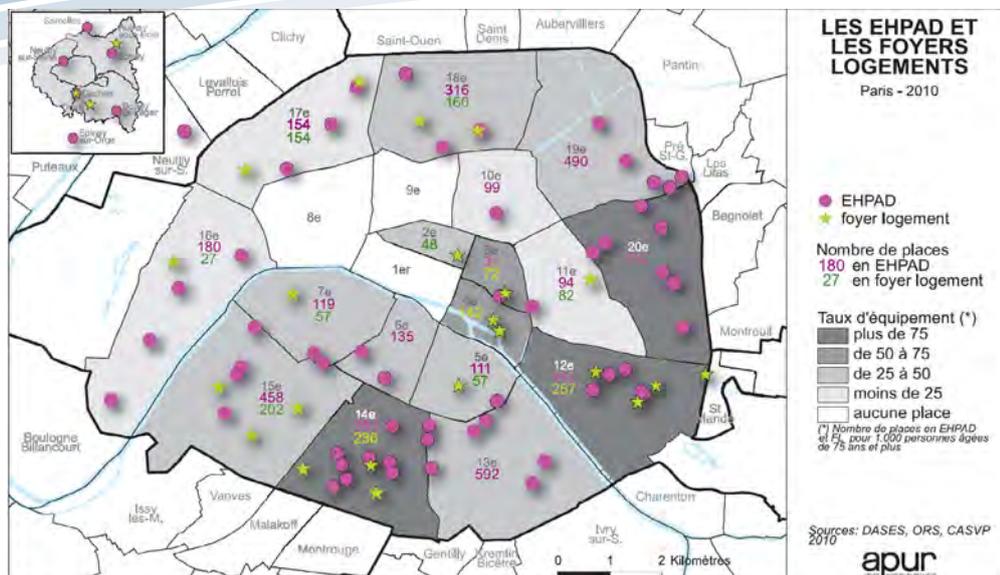
7 USLD de l'AP-HP soit 1 182 places

- **Une offre en évolution mais qui reste inégalement répartie sur le territoire**

La distribution territoriale des EHPAD et des foyers logements parisiens est inégale et fonction des possibilités foncières : 75 % des places en EHPAD sont situées dans six arrondissements (12^e, 13^e, 14^e, 15^e, 19^e et 20^e). Trois arrondissements (1^{er}, 8^e et 9^e) ne bénéficient d'aucune solution d'hébergement de proximité.

33 Bilan sur 51 EHPAD, ARS

34 Le Pathos moyen pondéré (PMP) mesure en nombre de points le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux apportés à la personne dépendante



Cette carte permet de visualiser la répartition des EHPAD et des PUV sur l'ensemble du territoire parisien. La création des PUV a permis certes de proposer une offre alternative. Cependant, cela a été fait à la faveur des opérations immobilières, dans des arrondissements déjà relativement bien « équipés » en EHPAD (12^e, 15^e, 18^e et 19^e arrondissements).

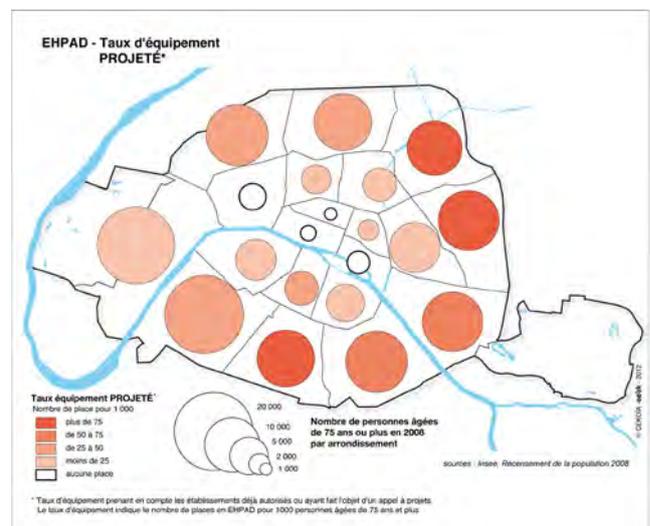
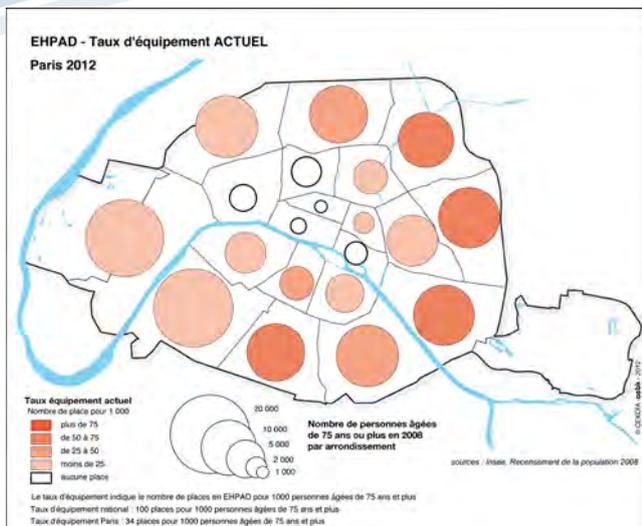
- **Un taux d'équipement qui demeure inférieur aux moyennes régionales et nationales malgré d'importants efforts d'investissements.**

Le taux d'équipement en structure d'hébergement complet (hors résidences-appartements du CASVP) est de 70,7 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans³⁵ à Paris. Ce taux est de 81,4 lorsqu'on intègre les résidences-appartements du CASVP³⁶. Ces taux demeurent toutefois inférieurs à ceux constatés au niveau régional (111 ‰) et au niveau national (121,4 ‰).

En effet, malgré les importants efforts du département de Paris sur la période 2006-2011, la construction de nouveaux équipements se heurte à la réalité parisienne marquée par la rareté du foncier parisien et son coût élevé.

L'ARS a ainsi calculé que pour atteindre le taux d'équipement national de 2008, 9,25 % du territoire parisien devrait être consacré à la construction d'EHPAD. Le rattrapage du taux d'équipement national apparaît donc comme impossible et la collectivité se tourne vers le développement de solutions « alternatives ».

35 Source STATISS 2010, taux d'équipement calculé sur le nombre de lits en EHPAD, en logements-foyers, en hébergement temporaire et en USLD.
36 Taux calculé par CEKOIA Conseil sur la base des données fournies par le BAPA.



Ces deux cartes montrent l'évolution projetée du taux d'équipement en EHPAD dans chaque arrondissement parisien. Seules les places en EHPAD sont prises en compte, et ce par rapport à la population âgée de plus de 75 ans de chaque arrondissement. Le nombre d'EHPAD progresse dans les arrondissements disposant déjà d'un niveau d'équipement relativement élevé (13^e, 14^e, 15^e, 17^e, 19^e et 20^e) mais également dans 9^e arrondissement où il n'existe pas à ce jour d'offre d'hébergement en EHPAD.

► LES RÉALISATIONS 2006-2011

- **L'objectif du schéma 2006-2011, qui était la création de 2 200 places supplémentaires en EHPAD, sera atteint**

En effet, cet objectif est en cours de réalisation, puisque 344 places ont été ouvertes et que 1 657 places ont été autorisées au 31 décembre 2011. Les établissements concernés ouvriront leurs portes entre 2012 et 2014.

- **Des solutions d'hébergement alternatives ont été mises en place avec la création de cinq petites unités de vie (PUV).**
- **Des efforts ont été faits en vue d'améliorer la qualité du bâti.**
 - 3,6 millions d'euros ont été consacrés à l'amélioration des conditions matérielles d'accueil en établissement pour la période 2009-2014.
 - 5 EHPAD et 4 résidences du CASVP ont fait -ou vont faire- l'objet d'importantes rénovations.

Le CASVP poursuit activement la rénovation des EHPAD vieillissants sous sa responsabilité. Certains travaux de restructuration sont lourds car ils nécessitent la fermeture partielle ou totale de l'EHPAD, et le transfert des résidents et du personnel dans d'autres établissements³⁷

Ce programme de remise aux normes contemporaines d'hébergement des EHPAD et résidences du CASVP sera poursuivi sur toute la période 2012-2016.

- **Enfin, des critères de bienveillance « architecturale » ont été intégrés dans les cahiers des charges des appels d'offre (2010).**

► LES ENJEUX 2012-2016

- **Poursuivre la diversification et le développement de l'offre en prenant en compte la contrainte foncière parisienne.**

37 Exemples de travaux de rénovation des EHPAD du CASVP :

- L'EHPAD Harmonie, à Boissy-Saint-Léger, dont la capacité d'accueil va passer de 124 à 102 places en chambres à 1 lit après travaux (amélioration des performances énergétiques, aménagement de salle d'eau avec douche accessible aux PMR dans chaque chambre, création de locaux de vie commune et de service) ; ces travaux (13 M€) sont réalisés en deux tranches et ont nécessité le recueil provisoire d'une quarantaine de résidents et de leur personnel de prise en charge dans une structure hospitalière voisine ; ils s'achèveront au 1^{er} trimestre 2014.
- L'EHPAD Anselme Payen, à Paris 15^e, dont les résidents et le personnel sont transférés en totalité à l'automne 2012 dans le nouvel établissement de la ZAC Gare de Rungis, à Paris 13^e, afin de permettre une restructuration complète du bâtiment, analogue dans ses principes à celle de l'EHPAD Harmonie, et qui fera passer sa capacité

ZOOM SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ

(source : exploitation du questionnaire adressé aux responsables d'établissements pendant la phase de diagnostic)

La participation des résidents à la vie de l'établissement semble être une des préoccupations des responsables d'établissements ayant répondu au questionnaire :

84 % d'entre eux ont déclaré avoir mis en place un Conseil de Vie Sociale.

Ils organisent également différentes commissions : « Menu » (63 %), réunion des familles (55 %), « Animation » (37 %), autres (22 % - comité éthique, bientraitance, conseil des résidents...)

Plus de 86 % des responsables ont déclaré mettre à disposition des résidents : un livret d'accueil, un contrat de séjour, un règlement de fonctionnement, un cahier de recueil des plaintes.

Parmi les répondants, 57,1 % des responsables ont programmé une évaluation externe en 2012 ou 2013.

- Continuer les efforts d'amélioration et de rénovation des établissements.

L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

- Un coût d'hébergement important pour les personnes âgées parisiennes

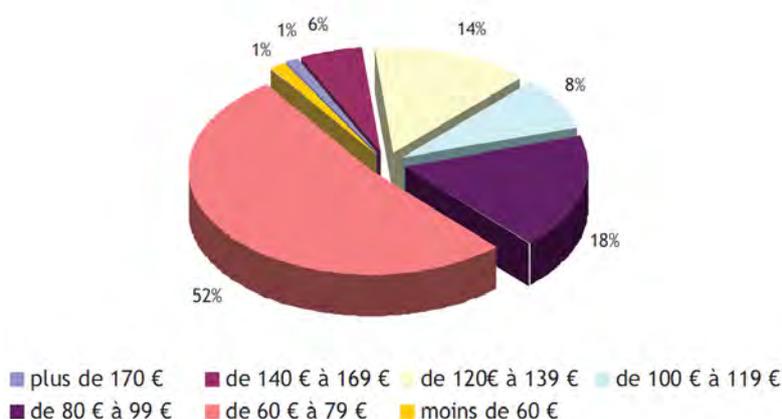
La tarification dans les EHPAD est constituée de trois composantes : le tarif journalier d'hébergement, le tarif journalier afférent à la dépendance et un tarif journalier afférent aux soins.

Le tarif d'hébergement est à la charge du résident, qui peut solliciter l'aide sociale si ses ressources sont insuffisantes pour l'acquitter, ainsi que la prise en charge par l'APA d'une partie du tarif dépendance.

Comme l'a signalé la M.I.E., les coûts à la charge des résidents en EHPAD sont plus élevés à Paris que dans les autres départements d'Ile-de-France en raison du coût du foncier qui représente environ 15 % du coût d'hébergement.

Alors que le revenu moyen d'un ménage dont le référent est âgé de plus de 75 ans est de 2 756 €, le coût mensuel moyen du prix de journée hébergement en EHPAD est de 2 800 €. Ceci explique pourquoi la plupart des retraités parisiens ne peuvent acquitter sans aide sociale ou

RÉPARTITION DES LITS D'EHPAD SELON LES COÛTS D'HÉBERGEMENT
Établissements relevant du Département de Paris intra et extra muros
Prix de base du tarif hébergement par jour à la charge du résident,
hors tarif dépendance et tarif soins



familiale les frais liés à leur séjour en maison de retraite.

Le coût de l'hébergement varie ainsi de 60 € à plus de 170 € par jour. La M.I.E. estime que le prix de séjour (hébergement uniquement) à Paris varie entre 2 000 € et 7 000 € par mois, la moitié de l'offre se situant en dessous de 3 000 € (offre publique et privée non lucrative). Cependant, près de 3/4 des EHPAD proposent des tarifs d'hébergement inférieurs à 100 € par jour.

Aussi le département de Paris veille à ce que le nombre de places habilitées à l'Aide Sociale à Paris progresse, de pair avec la construction de nouveaux établissements. Ainsi 1 786 places ont été ou seront habilitées sur les 2 200 places prévues au précédent schéma. L'objectif est de faire en sorte que les Parisiens âgés les plus modestes ne soient pas obligés de quitter la capitale lorsqu'il s'agit de trouver un hébergement en maison de retraite. De plus, les services départementaux s'assurent que, pour les établissements tarifés par leurs soins, le prix de journée hébergement soit réellement « tout compris ».

En effet, dans certains établissements, des coûts supplémentaires s'ajoutent au tarif hébergement et augmentent la charge des usagers, comme l'indique un état des lieux de la composition des coûts à la charge des résidents des EHPAD³⁸ réalisé par l'IGAS en 2009. Ces coûts peuvent être : les frais relatifs à leur mutuelle, les coûts liés à l'hygiène et aux soins corporels, la blanchisserie des effets personnels, les dépenses liées à l'ouverture sur l'extérieur (téléphone, télévision, repas pris dans l'établissement avec des non-résidents, sorties, spectacles...).

Cependant, l'augmentation du nombre de places habilitées n'apporte pas une réponse absolue à la question du coût des séjours en EHPAD, telle qu'elle est ressentie par les usagers.

Le problème est rendu plus complexe par le fait que de nombreuses familles et personnes âgées ne souhaitent pas demander l'aide du département, soit qu'elles possèdent un patrimoine, soit qu'elles refusent de faire appel à leurs enfants dans le cadre de l'obligation alimentaire.

- **Les aides à la prise en charge du coût de l'hébergement et de la dépendance : des dépenses d'ASH et d'APA en constante augmentation**

L'aide sociale à l'hébergement permet de couvrir les frais liés au séjour en EHPAD, en foyer-logement, en unité de soins de longue durée ou encore lors d'un hébergement temporaire.

Cette aide légale est gérée par le département et peut être versée si l'établissement est habilité à recevoir les bénéficiaires de cette aide. Elle est soumise à des conditions d'âge, de résidence et de ressources et elle est récupérable sur succession. Les familles sont tenues à l'obligation alimentaire.

5 764 personnes ont bénéficié de l'ASH en 2010
140 103 097€ ont été versés au titre de l'ASH en 2010 soit 19,8 % de plus qu'en 2005

Evolution des dépenses d'aide sociale à l'hébergement par bénéficiaire

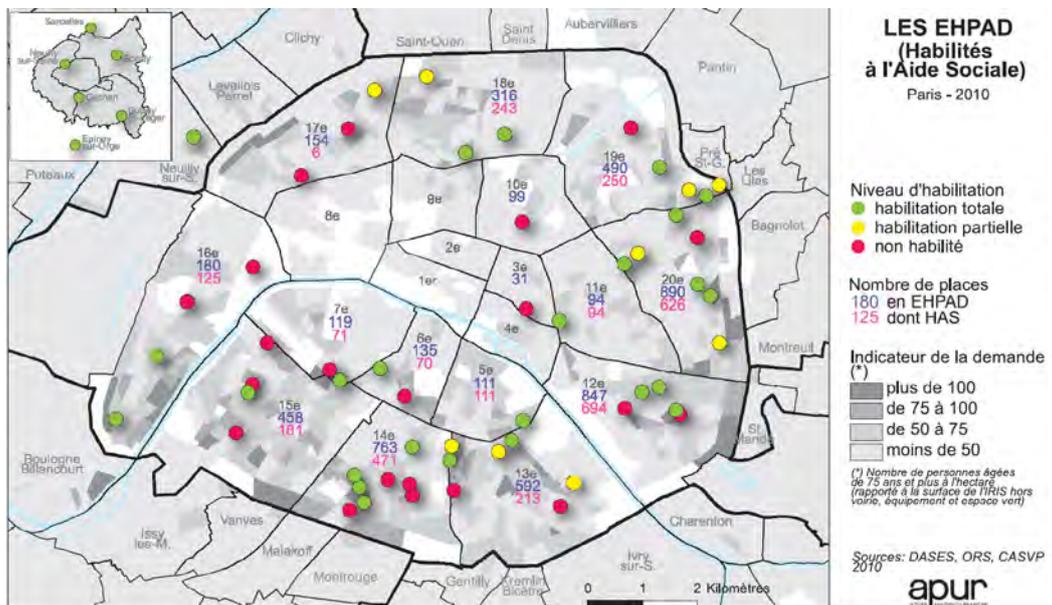


Les dépenses d'aide sociale à l'hébergement par bénéficiaire ont augmenté de 23,9 % de 2005 à 2010

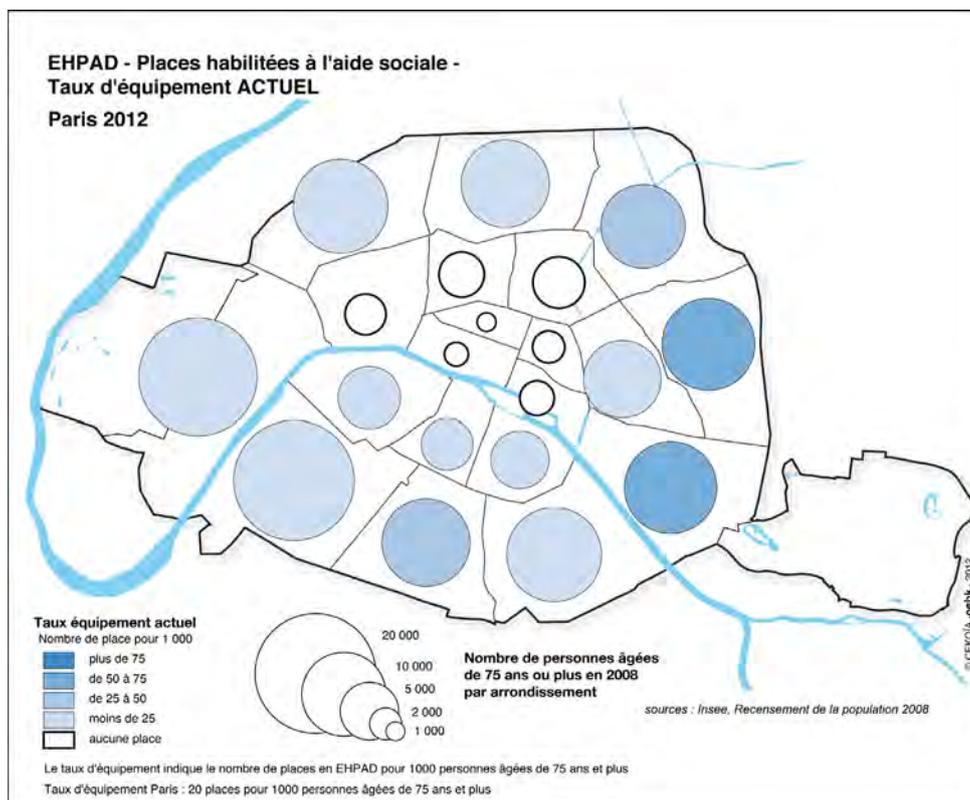
Source : Rapport 2009 du Service des prestations et Contrôle de Gestion DASES

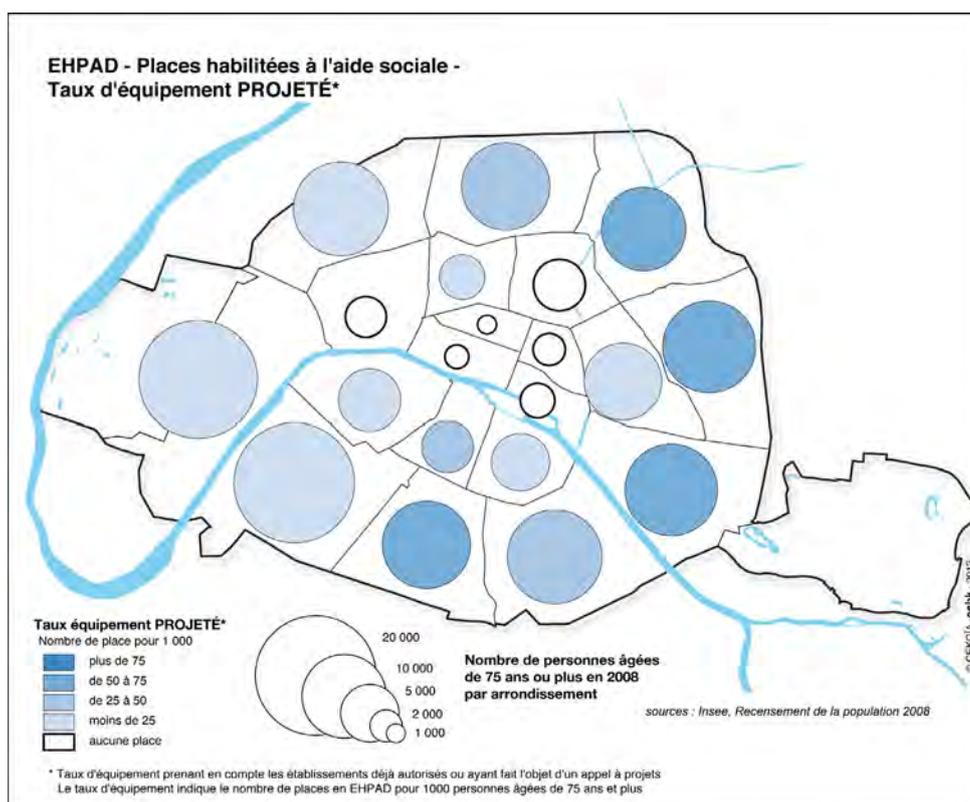
38 Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, IGAS, août 2009

La carte ci-dessous présente la répartition des places habilitées à l'aide sociale sur Paris (2010).



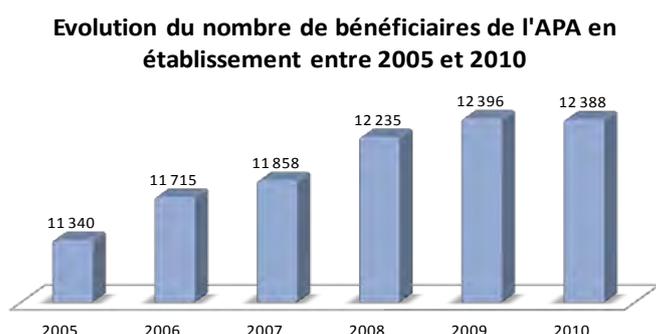
En 2011, on relevait 4 432 places habilitées à l'aide sociale soit 66.5 % de l'ensemble des places en EHPAD.





Ces deux cartes permettent de visualiser l'évolution projetée du taux d'équipement en places habilitées à l'aide sociale dans chaque arrondissement parisien. Le taux d'équipement progresse dans les arrondissements disposant déjà d'un niveau d'équipement relativement élevé (13^e, 14^e, 18^e et 19^e) mais également dans 9^e arrondissement où il n'existe pas à ce jour d'offre d'hébergement en EHPAD et donc où le taux d'équipement en places habilitées à l'aide sociale est nul.

L'APA en établissement prend en charge une partie du tarif dépendance. L'APA est accordée selon certaines conditions d'âge, de résidence et de perte d'autonomie (GIR1 à GIR4).



Source : Rapport 2009 du Service des prestations et Contrôle de gestion de la DASES

12 388 personnes ont bénéficié de l'APA en établissement en 2010. 57,2 millions d'euros ont été versés au titre de l'APA en 2010 ce qui représente une hausse de 32,1 % par rapport à 2005.

Par ailleurs, les personnes dont les revenus sont modestes peuvent bénéficier de l'allocation de logement à caractère social ou de l'aide personnalisée au logement gérées par les caisses d'allocations familiales (CAF).

► ENJEUX 2012-2016

- **Poursuivre l'effort d'habilitation à l'aide sociale, en lien avec les créations d'établissements.**

En 2011, 66,5 % des places en établissement étaient déjà habilitées à l'aide sociale traduisant la politique volontariste du département pour garantir l'accessibilité financière de l'hébergement des personnes âgées.

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

En 2006, le taux d'équipement en établissements pour personnes âgées dépendantes à Paris était nettement inférieur à la moyenne régionale et nationale. Aussi, le schéma gérontologique 2006-2011 s'était donné pour objectif la création de 2 200 places supplémentaires en EHPAD. Répondre aux besoins d'hébergement en établissements pour les Parisiens âgés en perte d'autonomie constitue en effet un véritable défi. Cet objectif est en cours de réalisation puisque 344 places ont été ouvertes et que 1 657 places ont été autorisées au 31 décembre 2011. Les établissements concernés ouvriront leurs portes entre 2012 et 2014.

- Le CASVP, établissement public municipal, a pris sa part avec l'appui financier de la ville de Paris dans cet effort de création de capacités nouvelles d'hébergement. Il a financé au cours de la période la construction de 4 EHPAD totalisant 422 places:

- EHPAD Annie Girardot, à Paris 13^e (100 places), ouvert en octobre 2012 ;

- EHPAD Broussais, à Paris 14^e (112 places), dont l'ouverture est programmée pour le 4^e trimestre 2013 ;

- EHPAD Lourmel, à Paris 15^e (101 places), dont l'ouverture est programmée pour le 2^e trimestre 2014 ;

Reconstruction de l'EHPAD François 1^{er}, à Villers-Cotterêts (109 places), dont l'ouverture est programmée pour le 1^{er} trimestre 2014.

En 2011, 68 % de Parisiens bénéficiaires de l'APA en établissement sont encore accueillis hors de Paris, cela s'explique en partie par des choix personnels mais aussi par le manque de places immédiatement disponibles et le coût élevé des EHPAD à Paris. Pour pallier ces difficultés, le département de Paris a veillé à ce que l'offre publique gérée par le CASVP soit au moins équivalente au nombre de places gérées par le secteur privé non lucratif et par le secteur lucratif. En 2010, l'offre des places en EHPAD du CASVP était de 1 107 places à Paris, 1 020 dans la première couronne et 84 dans l'établissement de Villers-Cotterêts.

Par ailleurs, un objectif d'habilitation de places à l'aide sociale totale ou partielle continuera d'être systématiquement inscrit dans les cahiers des charges des appels à projets.

Au-delà du nombre de places pris dans son ensemble, la répartition des équipements entre les différents arrondissements est inégale. Il conviendra d'équilibrer autant que possible entre les arrondissements la création de places habilitées à l'aide sociale et de les développer dans les arrondissements les moins bien pourvus, afin que chaque parisien, quelles que soient ses ressources, puisse accéder à un établissement dans son quartier.

Pour remplir cet objectif malgré les difficultés foncières, le département a expérimenté une solution innovante : les petites unités de vie ou « PUV ». Le nombre de m² mobilisés par ces unités d'une taille maximum de 24 places permet d'envisager leur création dans des interstices fonciers de moyenne capacité encore disponibles à Paris, voire dans des étages dédiés d'immeubles d'habitation et permettront de poursuivre le développement de l'offre d'équipement sur les territoires du département les moins bien pourvus. De plus, il apparaît que les équipements de petite taille offrent un cadre favorable à l'intégration de personnes âgées présentant des difficultés spécifiques.

Le département de Paris souhaite poursuivre son effort de développement de l'offre d'hébergement puisque l'ouverture de 967 nouvelles places est prévue sur la période 2012-2016.

A Paris il existe également un parc d'établissements anciens qui n'est plus adapté aux normes et pratiques actuelles, ni aux souhaits des personnes âgées et de leurs familles.

Aussi, de nombreux gestionnaires, et notamment le CASVP poursuivent des opérations de rénovation d'EHPAD - voire de reconstruction (CASVP : EHPAD Anselme PAYEN, EHPAD Belleville ; Association Monsieur Vincent : EHPAD Catherine LABOURE ; Association PSA : EHPAD Amitié et Partage ...). La livraison des nouveaux établissements facilite ces opérations en permettant le transfert temporaire des résidents âgés et des personnels qui prennent habituellement soin d'eux.

La rénovation- voire la reconstruction de ces établissements- doit être soutenue car elle permet non seulement de maintenir le niveau de l'offre et d'adapter ces structures aux nouvelles normes mais également de satisfaire les recommandations du plan Alzheimer en créant des unités adaptées pour les

patients souffrants de cette maladie, tels les PASA ou « Pôles d'Activités et de Soins Adaptés » pour des résidents d'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, et les UHR ou « Unité d'Hébergement Renforcé » pour les résidents présentant des troubles du comportement sévères. Le département veillera à ce que les opérations de restructuration ou reconstruction puissent ainsi faire évoluer les établissements vers des prises en charges plus qualitatives et des actions innovantes.

Pour les personnes âgées autonomes en logement-foyer, le CASVP gère 4 000 places en Résidences-appartements et 1 600 places en Résidences-services destinées à un public qui a besoin d'un soutien médical à domicile.

Pour maintenir cette offre et pour s'adapter à l'évolution du public accueilli, le CASVP a également la volonté :

- d'améliorer le confort d'hébergement de certains de ses structures vieillissantes, en engageant sur la période 2012-2016 au moins 5 opérations de restructuration ;
- d'adapter la prise en charge dans ses résidences-services aux problématiques nouvelles de la population hébergée.

OBJECTIFS

- Poursuivre les efforts de création d'équipements :
 - en tenant compte du foncier contraint et des financements incertains créer 967 nouvelles places d'hébergement ;
 - en implantant les nouveaux équipements dans les territoires du département les moins bien dotés ;
 - en développant des places habilitées à l'aide sociale dans chaque arrondissement.
- Diversifier l'offre d'hébergement à Paris
- Adapter l'offre existante aux besoins du public accueilli

PUBLICS VISÉS

Personnes âgées en grande perte d'autonomie

ACTIONS

ACTION 1	
Rééquilibrer le taux d'équipement des territoires, notamment par la réalisation de 150 nouvelles places par an en petites unités de vie ou en EHPAD selon les opportunités	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer les arrondissements et les quartiers sous équipés, tant du point de vue du nombre total de places, que du nombre de places habilitées à l'aide sociale, en tenant compte du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans, de leurs ressources, du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile - S'appuyer sur les diagnostics territoriaux des CLIC, des MAIA et des CST - Rechercher des opportunités foncières dans ces territoires, notamment pour y implanter des PUV
Pilote	DASES
Partenaires associés	ARS, APUR, DU, DLH, DPVI
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Evolution du nombre de places dans les différents arrondissements

ACTION 2		Soutenir les projets de restructuration ou de reconstruction des EHPAD existants
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter, en lien avec les services de l'ARS un conseil technique à ces projets - Etudier la possibilité de financements croisés du département et de l'ARS - Promouvoir la création d'unités Alzheimer (PASA, UHR) et/ou de projets innovants - Profiter des travaux pour installer des équipements nécessaires au bien-être et à la bonne prise en charge des usagers (câblage Internet, détecteurs de mouvement, lève malades, équipements de télémédecine...) 	
Pilote	DASES, ARS	
Partenaires associés	DLH, CNSA, CASVP, établissements associatifs	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	- Suite aux travaux, améliorations apportées à la prise en charge des personnes âgées en EHPAD	

ACTION 3		Aider à la restructuration de logements-foyers du CASVP
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Programmer le financement du département aux opérations de rénovation (2 résidences appartements : Faubourg du Temple et Jouvenet ; 3 résidences-services : Madeleine Béjart, Saint-Sauveur, Epinettes) 	
Pilote	DASES	
Partenaires associés	DLH, CNSA, CASVP	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	- Taux d'occupation des logements-foyers après rénovation	

ACTION 4		Adapter la prise en charge de la population hébergée dans les résidences services du CASVP
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le pilotage des résidences services - Engager les 23 projets d'établissements - Développer l'activité de la mission sociale dédiée aux résidences services - Renforcer les partenariats en particulier avec les secteurs psychiatriques - Pérenniser et améliorer le suivi sanitaire des personnes âgées hébergées en résidences services - Professionnaliser et améliorer les services 	
Pilote	CASVP	
Partenaires associés	Associations d'aidants, CODERPA	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Contenu des projets de service des EHPAD - Pourcentage de projets de vie rédigés pour les résidents 	

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Les équipes des établissements sont amenées à accompagner des personnes de plus en plus âgées et dépendantes. De plus, l'évolution des traitements des maladies chroniques (VIH, cancers, diabète, et autres affections de longue durée) permet désormais aux malades chroniques d'atteindre le grand âge.

Ces situations nécessitent un accompagnement particulier qui devrait se traduire par une personnalisation plus importante des projets de vie en établissement, et par la mise en place de soins de confort. Comment en effet donner du sens à l'accompagnement de ces personnes très âgées, très dépendantes, et parfois atteintes de maladies chroniques, qui souvent n'expriment plus de désir, se replient sur elles-mêmes, et souffrent ?

L'accompagnement des personnes très âgées et très dépendantes aboutit ainsi à la prise en compte des fins de vie. Ces situations nécessitent la mise en place d'une communication adaptée avec les familles. Elles requièrent également, pour les équipes, la définition d'un cadre précis d'intervention ainsi qu'un soutien renforcé. A titre d'exemple, la mutualisation des infirmiers de nuit entre plusieurs EHPAD pour venir en soutien des équipes en place est à l'ordre du jour d'une expérimentation ARS.

Les établissements doivent également pouvoir prendre en compte les diversités du public parisien accueilli et ses choix de vie afin de ne stigmatiser aucun résident. La formation des encadrants comme des intervenants à ces spécificités permettra l'amélioration de ces prises en charge.

OBJECTIFS

- Améliorer les pratiques d'accompagnement des personnes très âgées et très dépendantes

PUBLICS VISÉS

- Les équipes accompagnant les personnes âgées très âgées et très dépendantes

ACTIONS

ACTION 1	
Encourager les établissements à mettre en place l'ensemble des éléments contribuant à favoriser leur qualité	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire l'amélioration de la qualité dans les projets des établissements - Se doter de procédures favorisant la qualité, notamment la régularité, la fiabilité et la réactivité du personnel, en particulier par la voie de l'évaluation interne - Inciter le personnel d'encadrement à être à l'écoute des agents placés auprès des usagers - Mettre en place des prises en charges individualisées prenant en compte les problématiques spécifiques des résidents dans le respect de leur choix de vie - Favoriser l'implication des salariés pour qu'ils soient un relais efficace entre l'usager et la structure, les former à prendre en compte les signes de risque - Encourager la mise en place de formations ciblées - Accompagner les personnels dans l'exercice de leurs fonctions : mettre en place des supervisions par un intervenant extérieur et/ou des heures de coordination interne - Favoriser l'intégration des établissements dans les coordinations territoriales
Pilote	ARS, DASES
Partenaires associés	Établissements
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Inscription de la qualité dans les projets d'établissements - Mise en place des procédures d'évaluation interne - Nombre d'heures de supervision ou de coordination interne réalisées - Nombre d'établissements présents aux instances de coordination territoriale

ACTION 2	
En EHPAD, donner un sens au séjour des personnes très âgées et très dépendantes : adapter le projet de service et construire des projets de vie individuels adaptés	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des formations sur la qualité de l'accompagnement relationnel (ex : faire de la toilette un moment de bien-être et pas seulement un geste technique) - Réfléchir collectivement au repli sur soi, au refus d'activités, d'alimentation ou de soins et aux réponses à y apporter, former les agents à le prendre en charge, sans ressenti d'échec - Construire, avec l'aide des proches, des projets adaptés à la situation de personnes très âgées et/ou très dépendantes qui ne sont pas en mesure ou n'ont plus l'envie de participer aux animations collectives, voire de s'exprimer - Axer ces projets autour du bien-être, de la détente, de la mobilisation des sens et des capacités préservées. Choix d'activités comme les massages, la musicothérapie... - Exploiter les questionnaires de fin de prise en charge, révisés si nécessaire pour intégrer la fin de vie
Pilote	ARS, DASES, EHPAD, accueils temporaires
Partenaires associés	Associations d'aidants, CODERPA
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Améliorations apportées en EHPAD concernant la prise en charge de personnes âgées très dépendantes

ACTION 3	
Inscrire l'accompagnement de la fin de vie dans les projets des EHPAD : développer les bonnes pratiques en termes de traitement de la douleur, de soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Former les médecins et les infirmiers des EHPAD aux soins palliatifs et /ou faire intervenir les équipes de soins palliatifs en EHPAD - Promouvoir la formation des personnels des établissements (encadrement, personnel de jour et de nuit³⁹) sur le parcours de fin de vie et sur ses conséquences en termes de réponses techniques à apporter - Formaliser un protocole d'accompagnement de la fin de vie notamment sur ses aspects techniques (douleur) et éthiques (refus d'alimentation, de soins) - Anticiper les interrogations des familles et aidants en leur proposant un moment de dialogue permettant d'explicitier l'entrée en fin de vie de leur proche et les modes d'intervention lors de la fin de vie - Expliciter, pour les agents de l'équipe, la survenue de la fin de vie et les modifications de prise en charge qui en découlent, les accompagner dans l'application du protocole - Mettre en place autour du décès d'un résident des rituels propres à l'établissement auxquels les autres résidents et les personnels pourront s'associer - Recueillir autant que possible les souhaits et directives anticipées des personnes âgées sur leur fin de vie
Pilote	ARS, DASES, directeurs, médecins coordonnateurs et infirmiers coordonnateurs, psychologues des EHPAD
Partenaires associés	Médecins traitants, équipes de soins palliatifs, associations de bénévoles, associations d'aidants et d'usagers
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence d'un protocole d'accompagnement de la fin de vie - L'existence d'actions en direction des familles - Nombre de personnes âgées qui ont pu être accompagnées jusqu'au bout / nombre de décès/an

39 Mettre en place des formations réalisées la nuit

ACTION 4	Faire vivre les partenariats des EHPAD avec l'HAD et les équipes de soins palliatifs dans un objectif de mise en synergie des acteurs
Mise en œuvre opérationnelle	- Optimiser les modalités de fonctionnement des EHPAD vis-à-vis de l'accompagnement de la fin de vie
Pilote	ARS et DASES
Partenaires associés	Médecins traitants, médecins coordonnateurs et infirmiers coordonnateurs en EHPAD, réseaux de santé, équipes accompagnant des personnes âgées en fin de vie (SAAD, SSIAD, HAD, équipes de soins palliatifs...)
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Progression des partenariats sur les situations signalées

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Les dispositifs d'hébergement temporaire, solutions de répit pour les aidants de personnes âgées, permettent d'alléger et de prolonger le maintien à domicile ainsi que d'organiser la transition domicile- établissement » quand elle est nécessaire.

En effet l'hébergement temporaire permet :

- d'accueillir temporairement les personnes âgées pendant une absence de l'aidant lorsque des travaux sont effectués à leur domicile ou bien lorsqu'elles sortent d'hospitalisation et qu'un retour à leur domicile n'est pas immédiatement envisageable ;
- de réaliser un bilan médical de la personne âgée, et de revisiter les aides apportées, ce qui permet en fonction du résultat d'ajuster le plan d'aide à domicile.

Cependant, à Paris, l'offre d'hébergement temporaire est insuffisante (notamment l'offre médicalisée) et demeure onéreuse pour les usagers⁴⁰. En effet, le coût moyen de l'hébergement temporaire varie de 80 à 125 € par jour - auquel viennent s'ajouter les charges relatives au domicile de la personne âgée⁴¹- ce qui constitue un frein important pour les personnes âgées et leur famille qui souhaiteraient en bénéficier.

Bien que le Conseil général ait adapté les conditions d'attribution de l'aide sociale légale afin d'améliorer l'accessibilité économique de l'hébergement temporaire⁴², et que certaines caisses de retraite proposent également une aide en ce sens, il apparaît que les usagers en sont insuffisamment informés ou que certains ne souhaitent pas, pour des raisons familiales et patrimoniales, demander l'aide du département.

OBJECTIFS

- Permettre aux aidants de bénéficier de périodes de répit pour consolider et prolonger le maintien à domicile
- Permettre une prise de contact progressive des personnes âgées avec les établissements

PUBLICS VISÉS

- Les personnes âgées vivant à domicile et leurs aidants

40 Dans le SROMS l'ARS indique avoir pour objectif de « donner toute sa place à l'hébergement temporaire » sans évoquer le coût qu'il représente pour l'utilisateur.

41 Rapport M.I.E., op.cit.0

42 Elle prend en compte le fait que la personne continue à payer son loyer et ses charges en parallèle et s'agissant de séjours de courte durée ne fait pas appel aux obligés alimentaires

ACTIONS

ACTION 1		Développer des places en hébergement temporaire dotées d'un projet spécifique
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les besoins en places en hébergement temporaire sur chaque territoire - Assouplir les conditions d'accès à l'accueil temporaire dans le respect des rythmes et de l'intérêt de la personne âgée - Préciser les modalités de création de nouvelles structures ou unités dans la rédaction des cahiers des charges des appels à projet : nombre de places, identification des places, projets dédiés, création de places médicalisées pour l'accueil des malades d'Alzheimer et d'autres maladies chroniques. - Favoriser le maintien des activités des personnes âgées vivant à domicile lors de leur séjour en hébergement temporaire (comme par exemple la fréquentation des CAJ avec une prise en charge du département) 	
Pilote	DASES, ARS	
Partenaires associés	EHPAD, structures d'hébergement temporaire	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	- Evolution du nombre et du taux d'occupation des places en hébergement temporaire	

ACTION 2		Développer des places en accueil séquentiel et en accueil de nuit
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les EHPAD et les accueils temporaires souhaitant développer des places en accueil de nuit et en accueil séquentiel - Mener une expérimentation au sein d'un ou plusieurs EHPAD - Réaliser un bilan des expérimentations <ul style="list-style-type: none"> • Ce type d'accueil pourrait permettre d'accompagner des personnes âgées ayant des besoins de soins spécifiques (soins continus 24h/24h) ou de surveillance spécifique qui ne leur permettent pas de rester à domicile durant la nuit. 	
Pilote	DASES, ARS	
Partenaires associés	Responsables d'EHPAD et médecins coordonnateurs, d'accueils temporaires, y compris les PUV	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	- Bilan des expérimentations de la mise en place de places en hébergement temporaire de nuit et séquentiel	

ACTION 3		Accompagner les familles et les personnes âgées en amont de l'entrée en établissement
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Au sein des services accueillant et accompagnant des personnes âgées vivant à domicile (CAJ, SAAD, SPASAD, structures d'hébergement temporaire...) définir les modalités pour accompagner la personne âgée et sa famille dans le choix et au moment de la période d'intégration du futur établissement d'accueil - Associer à la réflexion le CASVP, les CLIC Paris Emeraude, l'association des CAJ, des représentants des SSIAD, des SPASAD et des structures d'hébergement temporaire - Au sein des EHPAD, ouvrir des activités et des services aux personnes âgées vivant à domicile, - Au sein des EHPAD, mutualiser des activités à destination des aidants en favorisant d'ouverture des EHPAD sur la ville. 	
Pilote	DASES	
Partenaires associés	CASVP, CLIC Paris Emeraude, EHPAD, Association des CAJ, SAAD, SPASAD, SSIAD (ESA), structures d'hébergement temporaire	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	- Comptabilisation des actions collaboratives menées entre les EHPAD et les autres partenaires	

ACTION 4	Pour faciliter l'alternance des séjours entre le domicile et les établissements, développer sur une base territoriale les partenariats entre les CLIC Paris Emeraude, les MAIA, les CAJ, les SAAD, les EHPAD et les structures d'hébergement temporaire
Mise en œuvre opérationnelle	- Mettre en place ces partenariats sur la base de conventions - Mutualiser les locaux des EHPAD pour des activités destinées aux personnes âgées et/ou aux aidants
Pilote	DASES
Partenaires associés	CLIC Paris Emeraude, CAJ, SAAD, SSIAD, SPASAD, structures d'hébergement temporaire, filières gériatriques, EHPAD
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Nombre de conventions entre les CLIC Paris Emeraude, les CAJ, les SAAD et les structures d'hébergement temporaire

ACTION 5	Mieux informer les familles sur les modalités de prise en charge de l'hébergement temporaire (aide sociale légale, aides des caisses de retraite)
Mise en œuvre opérationnelle	- Renforcer cette information via : • les lieux de proximité (CLIC Paris Emeraude, mairies d'arrondissement, sections du CASVP, SSDP, associations, CAJ...) • les professionnels intervenant à domicile • les professionnels de ces structures d'hébergement temporaire
Pilote	DASES
Partenaires associés	CLIC Paris Emeraude, responsables d'établissements et services, mairies d'arrondissement, sections du CASVP, SSDP, associations, CAJ...
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Evolution du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale légale « aménagée » - Evolution du nombre de personnes âgées accueillies en hébergement temporaire ayant sollicité leur caisse de retraite pour le financement

ACTION 6	Mettre en place une aide extra légale incitative aidant à la prise en charge du coût de l'hébergement temporaire par les usagers et leurs familles.
Mise en œuvre opérationnelle	- Pour une plus grande lisibilité, rationaliser le mode de calcul des prix de journée de toutes les structures d'hébergement temporaire (hors EHPAD) - Analyser un panel de situations d'usagers pour vérifier que le mode de calcul « aménagé » de l'aide sociale légale reste adapté à toutes les situations - Expérimenter et mettre en place une aide extra légale aidant à la prise en charge du coût de l'hébergement temporaire
Pilote	DASES
Partenaires associés	DASES (service de la réglementation), établissements autonomes d'hébergement temporaire
Calendrier	2012-2013
Indicateurs d'évaluation	- Nombre de personnes âgées bénéficiant de l'hébergement temporaire demandant une admission à l'aide sociale légale - Nombre de personnes âgées bénéficiant de l'aide extra légale

ACCOMPAGNER LE GRAND ÂGE À PARIS : DÉVELOPPER LE SOUTIEN AUX AIDANTS

L'aide apportée par les aidants familiaux aux seniors joue un rôle essentiel dans le maintien à domicile de ces derniers. En 2010, 8,3 millions de personnes en France aidaient de façon régulière un proche âgé à domicile dans les tâches de la vie quotidienne. L'enquête « SHARE⁴³ » a montré que près de 80 % des heures d'aide aux personnes âgées dépendantes sont assurées par des membres de la famille. Les deux tiers de cette aide sont assurés par des femmes, et c'est le groupe des 45-64 ans qui compte la plus grande proportion d'aidants. Cependant les aidants sont souvent pris dans un ensemble de contraintes organisationnelles du fait du soutien qu'ils apportent, et les impacts sur leur vie professionnelle, comme personnelle, sont majeurs.

Prenant en compte cette problématique, le schéma 2006 - 2011 fixait comme enjeu le renforcement des capacités d'accueil des aidés en centres d'accueils de jour sur le territoire parisien.

► LE DIAGNOSTIC

La collectivité parisienne a réalisé un effort important sur la période 2006 - 2011 en termes d'ouverture de places en accueil de jour puisque le nombre de places a augmenté de 145 %.

D'autres actions portées par la collectivité et/ou d'autres acteurs ont été développées.

- **L'offre d'accueil de jour : l'objectif du schéma 2006 - 2011 de créer 300 places en CAJ sera atteint. Ainsi 144 places ont été créées entre 2006 et 2011 et 157 places ont été autorisées et ouvriront entre 2012 et 2014.**
- L'accueil de jour permet d'accueillir pour une période d'une journée à plusieurs jours par semaine des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et vivant à domicile.

L'objectif du schéma 2006-2011 a été atteint :

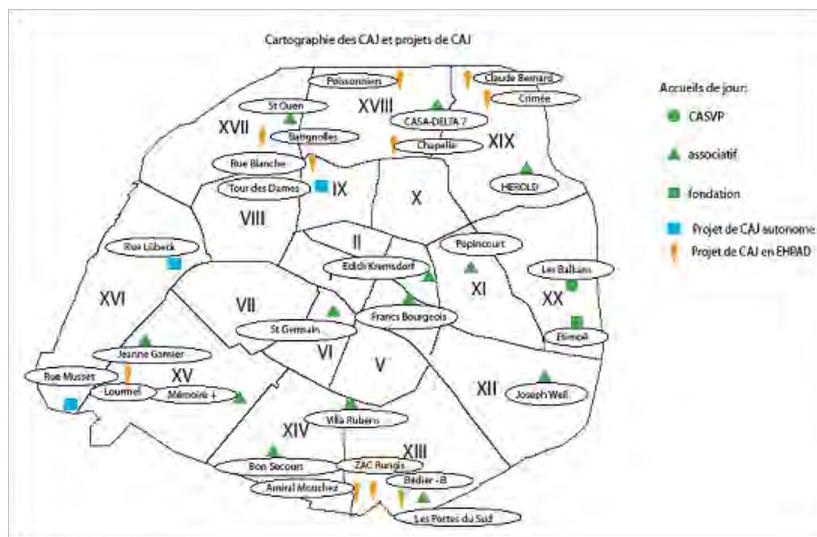
Paris compte aujourd'hui 15 CAJ, ce qui représente 294 places disponibles.

174 places ont été créées entre 2006 et 2011.

10 CAJ sont autorisés (+177 places) et 2 CAJ sont en projet (+45 places).

Au total Paris disposera de près de 500 places en CAJ à l'horizon 2014.

La carte ci-dessous permet de constater que les centres d'accueil de jour sont répartis dans tout Paris :



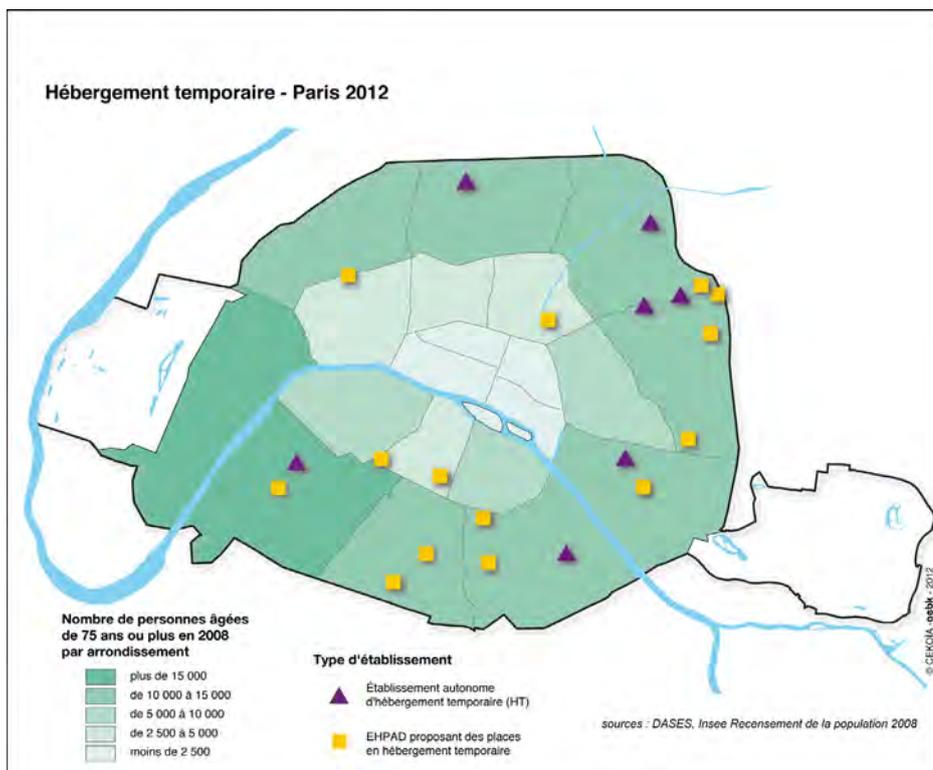
- Une aide extra-légale a été instaurée pour permettre l'accessibilité financière des CAJ. Cette aide devrait bénéficier après de 750 personnes, pour un coût de 2,4 millions d'euros pour le département en 2011.

43 L'enquête SHARE (Survey on Health Ageing and Retirement in Europe) est une opération internationale et interdisciplinaire lancée en 2002, conduite par un réseau européen coordonné par le MEA de l'Université de Mannheim. Elle a l'ambition de devenir un instrument de référence pour les travaux pluridisciplinaires sur le vieillissement.

Paris compte 138 places d'hébergement temporaire.

71 places sont intégrées à des EHPAD (CASVP- associatif – privé lucratif) et 67 places sont situées dans des établissements dédiés à l'hébergement temporaire (associatifs ou CASVP).

La répartition de l'offre en hébergement temporaire dédié reste limitée (7 établissements). Néanmoins l'offre globale d'hébergement temporaire est relativement bien positionnée. En effet, l'offre est distribuée sur les arrondissements dont le nombre de personnes âgées est proportionnellement le plus important.



ZOOM SUR UNE EXPÉRIMENTATION MENÉE DANS LE CADRE DU SCHÉMA 2006-2011 : CRÉATION DE PLACES D'HÉBERGEMENT DÉDIÉES AUX PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU DE TROUBLES APPARENTÉS À PARIS⁴⁴

De 2008 à 2010, à la demande de la DASES et avec le soutien de l'ARS, une expérimentation a été mise en place par le CLEIRPPA et Géronto-Clef (expert conseil). Il s'agissait de mettre à disposition 6 places d'hébergement temporaire sur 4 EHPAD parisiens. Ces places étaient dédiées aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, déjà suivies en centre d'accueil de jour.

4 EHPAD et 9 centres d'accueil de jour ont participé à ce dispositif, répartis en deux territoires géographiquement, socialement et « gérontologiquement » proches.

82 personnes ont bénéficié de ce dispositif pour 122 séjours.

Cette expérimentation montre que :

Ce type d'accueil est perçu positivement au vu du nombre de séjours renouvelés.

L'hébergement temporaire apporte un réel répit aux aidants et dans certains cas a été l'occasion de « repenser » la prise en charge de leur proche.

Pour les personnes âgées, l'intérêt a semblé plus limité. La rupture avec le domicile et l'absence de l'aidant ont pu être générateurs de stress et d'angoisses. Mais les bénéfices d'un meilleur suivi médical et de l'encadrement des établissements ont pu apparaître lors de renouvellements des séjours.

Pour les professionnels, l'expérience a pu apparaître comme une charge supplémentaire de travail mais également comme l'occasion de sortir de la routine et de repenser les pratiques d'accueil.

Conditions pour une extension de l'expérimentation :

Développer l'hébergement temporaire dans le cadre d'une filière (accueil de jour – EHPAD – médecine de ville – CLIC Paris Emeraude).

Construire de véritables projets d'hébergement temporaire.

Prévoir des aides pour garantir l'accessibilité financière au dispositif.

Garantir des moyens supplémentaires en personnel pour les établissements et les centres d'accueil de jour.

⁴⁴ Accompagnement de l'expérimentation de création de places d'hébergement dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sur Paris 2008-2010, O. Piou et N. Blanchard, déc. 2010

- **Des actions de soutien aux aidants en cours de développement, portées par différents acteurs**

Le soutien aux aidants n'est pas uniquement l'apanage des CAJ.

- En effet, les CLIC-Paris Emeraude, en collaboration avec des associations de soutien, ont ainsi mis en place des formations, des groupes de paroles, et des ateliers dédiés aux aidants.
- Le CASVP participe également au soutien des aidants. Il a en effet créé deux aides financières dédiées :

l'allocation accompagnement versée aux aidants qui cessent leur activité professionnelle afin d'accompagner un parent en fin de vie et qui fait l'objet de soins palliatifs. Le montant mensuel maximum de cette aide est de 610 €, il ne doit pas excéder la perte de revenus liée à l'arrêt de l'activité professionnelle.

l'allocation pour le maintien à domicile d'un parent âgé est versée aux familles qui hébergent un parent âgé de plus de 75 ans, sous condition de ressources (avoir un impôt inférieur ou égal à 2 028 €). Son montant mensuel s'élève à 153 €.

► **LES RÉALISATIONS 2006-2011**

- **La formation des aidants et les plateformes d'accompagnement et de répit**

Les plateformes d'accompagnement et de répit sont des dispositifs qui ont été créés par l'ARS dans le cadre du Plan Alzheimer. Ces plateformes proposent à l'aidant et à la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, ou de maladies apparentées, différentes activités de formation et d'accompagnement telles qu'un soutien individualisé à l'aidant, des activités thérapeutiques pour l'aidé, la présence de professionnels à domicile pendant les périodes d'absence de l'aidant...

Suite à l'appel à candidature lancé par l'ARS fin 2011, deux plateformes portées par des CAJ ont été ouvertes à Paris.

La 1^{ère} plateforme de répit parisienne est portée par le CAJ DELTA 7. La seconde plateforme est portée par l'association OSE. Elles s'ajoutent à la 1^{ère} plateforme et guichet unique « Tout sous un même toit » mis en place par l'association « Notre Dame de Bon Secours » destinée aux aidants et aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

L'ARS a lancé en mai 2012 un nouvel appel à projets pour la création de plateformes de répit supplémentaires.

- **Les haltes-relais**

France Alzheimer a mis en place un partenariat avec l'accueil de jour Aurélie Jousset, afin de proposer, à raison d'un samedi par mois, un accueil et des activités aux aidants pendant que leur proche est pris en charge par l'accueil de jour.

- **Les MAIA**

En 2008, la CNSA a lancé un appel à projet pour ces structures de gestion de situations individuelles complexes de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le projet de la MAIA 20^e a été retenu à Paris à titre expérimental. Son territoire a été étendu en janvier 2012 aux 11^e et 12^e arrondissements, par analogie avec le territoire du CLIC Paris Emeraude Est (11^e, 12^e et 20^e)

En 2012, l'ARS a lancé un nouvel appel à projet régional et 3 nouvelles MAIA ont été désignées sur le département de Paris. Elles sont portées par les structures porteuses CLIC Paris Emeraude Centre (1^{er} au 6^e), Sud (13^e et 14^e) et Nord-Ouest (8^e, 17^e et 18^e).

Ainsi ce sont 4 territoires parisiens sur 6 qui disposent à présent des moyens des MAIA pour renforcer l'articulation des intervenants autour des situations les plus complexes de personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives ou en perte d'autonomie fonctionnelle.

► LES ENJEUX 2012-2016

- **Poursuivre les actions de prévention de l'épuisement des aidants en les incitant à accepter l'aide de professionnels (SAD, SSIAD, CAJ, Accueil temporaire...) et anticiper la problématique des aidants vieillissants**

Une étude récente de la DREES⁴⁵ a révélé que 2 aidants sur 10 ressentent comme une charge importante l'aide qu'ils apportent à leur proche : 92 % des aidants ressentent une charge lourde et 72 % ressentent une charge moyenne. Ces aidants déclarent qu'ils auraient besoin de temps de répit.

L'ampleur des besoins des aidants nécessite donc la poursuite des actions visant à développer prévention et répit pour ces derniers et les inciter à accepter l'aide des professionnels.

Comme de nombreux aidants sont les conjoints des personnes âgées, ou leurs enfants, déjà retraités, le recours précoce à l'aide des professionnels permettra par la suite de proposer plus facilement une prise en charge à la fois à la personne âgée « aidée » et à l'aidant vieillissant dont l'intervention se trouve limitée.

- **Adapter les solutions de répit existantes et expérimenter d'autres aides sur la durée du schéma :**

- Créer un forfait temps libre

Il s'agit de permettre aux aidants de prendre du temps pour eux sans se préoccuper de la sécurité du malade, en faisant prendre en charge le malade à son domicile par une auxiliaire de vie spécifiquement formée. Un forfait annuel sera utilisé en fonction des besoins et des souhaits de l'aidant.

- Adapter l'offre des centres d'accueil de jour

Selon les objectifs du schéma 2006-2011, l'offre d'accueil de jour s'est fortement développée à Paris : 15 structures, pour 294 places et une file active de 750 personnes environ. Des structures supplémentaires ouvriront leurs portes dans les années à venir, et l'aide extra légale a rendu accessible ce dispositif aux Parisiens les plus modestes.

Cependant, il s'avère nécessaire de faire évoluer le fonctionnement des CAJ afin de mieux répondre aux besoins exprimés par les aidants, avec notamment des ouvertures plus tardives et durant les week-ends.

- Développer une offre d'hébergement temporaire adaptée et financièrement accessible

L'offre d'hébergement temporaire, moins importante que l'offre de CAJ, est encore à développer et plus spécifiquement pour les personnes âgées touchées par la maladie d'Alzheimer.

Ce type de solution de répit pose deux problèmes : l'hébergement temporaire est appréhendé plutôt négativement par les aidants qui le considèrent trop souvent comme une préparation à l'entrée définitive en établissement, et son coût est un frein à son utilisation.

L'expérimentation menée à Paris explicitée ci-avant⁴⁶ montre que certaines conditions doivent être réunies pour que l'hébergement temporaire constitue une réelle formule de répit et soit considérée comme telle par les aidants. Tout d'abord, l'hébergement temporaire doit être développé dans un cadre coordonné (accueil de jour – médecine de ville – CLIC - SAAD et SSIAD) et entre structures géographiquement proches, puis le projet doit bénéficier de financements pérennes. L'étude menée a révélé que l'ensemble de ces facteurs favorise la continuité de la prise en charge de la personne âgée, rassure les aidants quant à la qualité de la prise en charge, et au final permet d'appréhender la solution de l'hébergement temporaire positivement.

Toutefois, même si l'ensemble de ces conditions sont réunies, le coût de l'hébergement temporaire demeure dissuasif. Une réflexion devra être menée sur les moyens qui permettraient de rendre l'hébergement temporaire plus accessible financièrement.

45 Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie, DREES, Etudes et résultats, n°799, mars 2012

46 Expérimentation mise en place par le CLÉIRPPA et Géroto-Clef présentée page 73

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Les proches aidants ont un rôle primordial dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile. Les besoins de ces aidants peuvent être très variables d'une situation à une autre et dépendent notamment du stade de la maladie de la personne âgée qu'ils accompagnent ainsi que de son niveau de perte d'autonomie.

Afin d'éviter que les aidants s'isolent trop et qu'ils pâtissent de leur situation, il est nécessaire de les soutenir en leur apportant non pas un statut juridique voire financier mais toute l'aide dont ils ont besoin. Les aidants doivent en effet pouvoir faire face à la perte d'autonomie de leur proche dans des conditions leur permettant d'envisager des périodes de répit et la préservation de leur santé.

Pour répondre à ces besoins, la collectivité Parisienne et l'ARS ont depuis quelques années mis en place de nombreux dispositifs et actions de soutien aux aidants familiaux, notamment dans le cadre du plan Alzheimer, comme des formations de proximité destinées à conseiller les aidants dans l'accompagnement de leurs proches, des groupes de parole, des plateformes de répit, des centres d'accueil de jour thérapeutiques, des équipes spécialisées Alzheimer...

Il s'avère cependant que les proches aidants n'ont pas toujours connaissance des dispositifs existants, ou bien éprouvent de réelles difficultés à se repérer dans la diversité de l'offre d'aide qui leur est proposée. C'est pourquoi, si les actions d'aide aux aidants doivent être poursuivies en envisageant leur diversification et leur adaptation au plus près des besoins exprimés, il convient également de veiller à mieux informer les bénéficiaires de ces aides.

La poursuite des efforts entrepris pour aider les aidants est un objectif partagé par l'ARS dans son SROMS (objectif stratégique n°2, objectif opérationnel n°2-4).

OBJECTIFS

- Favoriser le recours des aidants aux dispositifs qui leur sont destinés
- Apporter un soutien aux aidants afin de sécuriser et de pérenniser l'accompagnement à domicile
- Adapter les réponses apportées aux aidants et aux personnes âgées en fonction de l'évolution de leurs besoins
- Diversifier et développer les dispositifs et les aides à destination des aidants et des personnes âgées

PUBLICS VISÉS

- Les proches qui accompagnent des personnes âgées malades et/ou dépendantes

ACTIONS

ACTION 1 Expérimenter et développer un « forfait temps libre » ⁴⁷	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Sur l'exemple développé par les plateformes de répit, proposer l'intervention d'auxiliaires de vie, à domicile, sur un mode forfaitaire annuel, et sous forme de plages horaires larges. La personne aidante pourrait consommer le forfait en fonction de ses besoins. - Identifier des porteurs de projet sur chaque territoire (plateforme de répit, CAJ...) - Etudier la possibilité de procéder à un cofinancement de ces dispositifs en associant le Conseil général, l'ARS et les Caisses de retraite - Etudier la possibilité d'intégrer ce forfait au plan d'aide APA dans la mesure où les plans d'aide ne seraient pas saturés
Pilote	DASES, ARS
Partenaires associés	CLIC Paris Emeraude, SAAD, SPASAD, plates forme de répit, CAJ, Caisses de retraite
Calendrier	2012-2013 (étude), 2013-2016 (extension en fonction des résultats de l'étude)
Indicateurs d'évaluation	- Conduite de l'étude d'opportunité et de l'expérimentation sur un territoire

ACTION 2 Mener des actions d'information en direction des aidants notamment à l'occasion des forums des seniors et à l'initiative des CLIC Paris Emeraude	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Une information généraliste sur les différentes aides et dispositifs destinés aux aidants et aux personnes âgées - Une information sur des thématiques spécifiques. Ex : la maladie d'Alzheimer...
Pilote	CLIC Paris Emeraude
Partenaires associés	EMS APA, CAJ, SAAD, SPASAD, SSIAD, plateformes de répit, établissements, associations, Caisses de retraite, CODERPA...
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Nombre d'actions d'information spécifiquement destinées aux aidants sur les territoires et lors des forums seniors

ACTION 3 Inciter les services à prendre l'initiative de bilans réguliers, notamment en cas de modification de la situation de la personne âgée, et à y associer l'aidant dans l'objectif d'adapter régulièrement le plan d'aide	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Informer les aidants via les professionnels intervenant à domicile sur la possibilité de réaliser ces bilans et ces réévaluations des plans d'aide - Inscrire parmi les bonnes pratiques des services la communication aux aidants sur les bilans réalisés (y compris lorsque les aidants sont géographiquement éloignés)
Pilote	DASES (EMS APA)
Partenaires associés	CLIC Paris Emeraude, SAAD, SPASAD, SSIAD, CAJ
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Evolution et nombre de bilans ou réévaluations effectués (EMS APA)

⁴⁷ Prestation portée par les plateformes de répit qui consiste à proposer l'intervention d'auxiliaires de vie, à domicile à un rythme défini en début de prestation dans l'objectif de prendre en charge la personne âgée et de libérer du temps pour l'aidant

ACTION 4	Renforcer l'information permanente en direction des aidants et des personnes âgées de plus de 60 ans sur les dispositifs et les possibilités de soutien existants (CLIC Paris Emeraude, services, établissements, associations, ...)
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Passer par les relais existants (caisses de retraites, mairies, mutuelles, médecins, sections du CASVP...) et les professionnels intervenant à domicile pour renforcer cette information. - Il est nécessaire au préalable de s'assurer que ces relais et ces professionnels aient connaissance des dispositifs existants (cf. fiche1)
Pilote	DASES
Partenaires associés	CLIC Paris Emeraude, EMS APA, Paris.fr, SAAD, SPASAD, SSIAD, caisses de retraites, Mairies, mutuelles, médecins, associations, sections du CASVP...
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de supports d'information diffusés par la DASES et ses relais - Mise en place de nouveaux supports d'information

ACTION 5	S'appuyer sur les nouvelles technologies pour développer les interactions entre les professionnels intervenant à domicile et les aidants
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - les nouvelles technologies permettant de développer les interactions entre les professionnels et les aidants notamment à partir des expériences menées par EXAPAD - Expérimenter l'utilisation des nouvelles technologies identifiées au sein de services d'aide à domicile volontaires - Effectuer un bilan des expérimentations
Pilote	DASES
Partenaires associés	SAAD, SPASAD, SSIAD, EXAPAD, CAJ
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan des expérimentations en lien avec l'utilisation de nouvelles technologies pour favoriser les interactions entre les aidants et les professionnels

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Paris compte 15 Centres d'Accueil de Jour (CAJ) thérapeutiques pour 294 places au total, ce qui représente une capacité d'accueil pour 1 059 personnes par an. Le département dispose donc de moyens importants -en termes de structures existantes ou programmées- pour aider à la prise en charge des malades Alzheimer.

Cependant, les professionnels en charge des personnes âgées font les constats suivants :

- le recours à l'accueil de jour représente une étape encore difficile à franchir par les aidants du fait de sa représentation
- la fin de prise en charge par le CAJ peut être complexe pour les personnes âgées et leurs aidants aussi bien dans le cadre d'une transition vers un établissement que dans le cadre d'un retour à domicile à temps complet.
- la transition vers un établissement est d'autant plus difficile que les aidants ont souvent une représentation négative de l'institution.

Par ailleurs, les aidants de personnes âgées ont exprimé de nouveaux besoins⁴⁸:

- certains souhaitent pouvoir bénéficier d'une prise en charge de la personne accueillie le soir et les weekends.
- ils constatent que les personnes âgées sont confrontées à des difficultés de déplacement pour se rendre dans les CAJ, cela notamment en raison de l'absence de moyens de transport réellement adaptés (transport accompagné de la porte à la porte).

Aussi, si le schéma 2006-2011 a permis la création d'un nombre important de places en CAJ, le schéma 2012-2016 devra s'attacher à affiner la répartition des CAJ sur le territoire parisien ainsi qu'à adapter le fonctionnement des CAJ aux besoins exprimés par les aidants.

Tout comme le département, l'ARS préconise d'optimiser l'offre de structures de répit et de réfléchir à leur évolution (SROMS objectif stratégique 1 / objectif opérationnel 1-2).

OBJECTIFS

- Optimiser et diversifier l'offre des centres d'accueil de jour ainsi que leurs conditions d'accès.
- Adapter les pratiques et développer l'information afin d'intégrer harmonieusement les CAJ dans les parcours des personnes âgées.

PUBLICS VISÉS

- Les personnes âgées vivant à domicile et leurs aidants

⁴⁸ Notamment via un questionnaire réalisé par la DASES et diffusé au sein des CAJ parisiens ainsi que par les enquêtes de satisfaction réalisées par les gestionnaires des CAJ

ACTIONS

ACTION 1		Développer l'ouverture de certains CAJ le soir et le weekend
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une étude au sein de chaque structure, auprès des usagers, afin de déterminer le niveau et la nature des besoins - Adapter le projet d'ouverture du CAJ le soir et le weekend au sein de chaque structure en fonction de l'étude de besoin (fréquence des ouvertures, nombre de places proposées sur ces horaires atypiques...) en prévoyant la mise en place d'une période probatoire - Mener une réflexion en amont, au sein de chaque structure, sur les activités à proposer aux personnes âgées sur ces horaires atypiques 	
Pilote	DASES	
Partenaires associés	CAJ, ARS	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de fréquentation des CAJ sur les horaires atypiques (soir et weekend) - Impact de la mise en œuvre des horaires atypiques sur le fonctionnement global de la structure 	

ACTION 2		Créer 45 nouvelles places en CAJ entre 2012 et 2016
Mise en œuvre opérationnelle	Création de 45 nouvelles places de CAJ selon la procédure des appels à projets réparties de manière à équilibrer l'offre sur le territoire	
Pilote	DASES, ARS	
Partenaires associés	CAJ	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	- Création effective de ces nouvelles places	

ACTION 3		Faire appel à des jeunes effectuant un service civique volontaire pour se former tout en participant à la prise en charge des personnes âgées comme par exemple participer à l'accompagnement des personnes âgées de leur domicile au CAJ
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier au sein de chaque structure les missions pouvant être confiées à un volontaire (dont la participation à l'accompagnement de la personne âgée de son domicile au CAJ) - Identifier les CAJ souhaitant bénéficier de jeunes volontaires au sein de leur service - Ces structures devront s'engager à assurer un encadrement important du volontaire accueilli (formation et suivi) afin de répondre à l'objectif du service civil et de prendre en compte la fragilité des personnes âgées - Associer les responsables des CAJ aux sessions de recrutement de volontaires organisées par le Conseil général 	
Pilote	DASES, DDEES	
Partenaires associés	Responsables de CAJ	
Calendrier	2013 à 2016	
Indicateurs d'évaluation	- Nombre de jeunes volontaires par an effectuant leur service civique au sein d'un CAJ	

ACTION 4 Convier des acteurs du champ gérontologique et gériatrique (�tablissements, services, associations, acteurs du sanitaire...) aux réunions des familles organisées par les CAJ	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir au cours de ces réunions la présentation de l'acteur convié (rôle, missions, activités...) - Privilégier les acteurs présents au sein du territoire dans le cadre de ces réunions
Pilote	DASES
Partenaires associés	EMS APA, Responsables de CAJ, responsables d'établissements et services, associations...
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Nombre de réunions de familles organisées par les CAJ associant des acteurs du territoire/des partenaires

ACTION 5 Favoriser au sein des CAJ des actions en faveur des aidants ou des actions aidants / malades	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des groupes en direction des aidants - Mise en place d'actions en direction des aidants et des malades dans le même temps
Pilote	DASES
Partenaires associés	ARS, Association des CAJ, CAJ
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Nombre de réunions et niveau de participation des usagers

ACTION 6 Mettre en place un nouveau mode de calcul de la participation de l'utilisateur au coût du CAJ en faisant évoluer le barème de calcul de la participation	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Faire évoluer le mode de calcul de la participation des CAJ de manière analogue à celui des aides facultatives, basé sur les ressources et non pas sur l'imposition - Réfléchir avec l'association des CAJ sur l'opportunité de prévoir une nouvelle tranche
Pilote	DASES
Partenaires associés	Association des CAJ
Calendrier	2013
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du nouveau mode de calcul - Evolution des participations des usagers

AFFIRMER LA COORDINATION TERRITORIALE ET LE TRAVAIL EN RÉSEAU DES PROFESSIONNELS AU SERVICE DES PERSONNES ÂGÉES

► DIAGNOSTIC ET RÉALISATIONS 2006-2011

- **Une offre d'information généraliste conséquente qu'il faudrait homogénéiser et rendre plus lisible**

De nombreux acteurs sont susceptibles de délivrer de l'information aux personnes âgées : mairies d'arrondissement, antennes du CASVP sur le territoire, CLIC Paris Emeraude, sections du SSDP, 3975... De même, de nombreux supports de communication et d'information ont été mis en place par la ville de Paris : le site internet Paris.fr, les dépliants des CLIC Paris Emeraude, les brochures du CASVP et de la DPVI (mission des politiques de la ville), le 3975 (centre d'appel)...

- **Un nombre important de structures de coordination**

Un nombre important de structures a été créé ces dernières années à Paris avec le même objectif de mobiliser les ressources existantes au profit d'une meilleure prise en charge des personnes âgées : les CLIC Paris Emeraude, les réseaux de santé gérontologiques, les MAIA, les filières gériatriques...

Le risque étant que ces différents acteurs de l'évaluation et de l'accompagnement des personnes âgées ne soient pas suffisamment coordonnés. A ce jour, l'hétérogénéité des pratiques nécessite de rechercher la complémentarité des interventions, d'harmoniser et de formaliser les modes d'articulation.

- La réforme des CLIC Paris Emeraude

Les CLIC assurent les fonctions suivantes :

- accueil conseil et information à la population âgée et à son entourage ;
- prise en charge et accompagnement des situations ;
- coordination sur le terrain des acteurs clé du champ gérontologique ;
- observation des besoins, de leur évolution et des réponses qui y sont données.

A Paris, après plus de 10 ans de fonctionnement des CLIC (appelés Points Paris Emeraude), conformément aux objectifs du précédent schéma, le dispositif des CLIC Paris Emeraude a été revu pour :

- Réduire les inégalités territoriales,
- Mieux répartir les moyens et les personnels,
- Recentrer la prise en charge sur les personnes âgées en perte d'autonomie,
- Améliorer l'accueil de public et la continuité du service.

Les nouveaux territoires des CLIC ont été déterminés en fonction du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans et de bénéficiaires de l'APA, résidant dans chaque arrondissement, mais aussi en fonction de l'implantation des réseaux de santé et des filières gériatriques.

Des équipes pluridisciplinaires plus nombreuses garantissent la continuité du service dans l'objectif d'améliorer la qualité de la réponse aux besoins des personnes âgées et de leurs proches.

Un cahier des charges a été rédigé qui redéfinit les principes d'action et les missions des CLIC, en mettant en avant la mission de définition des besoins et d'accompagnement des personnes âgées.

Depuis avril 2012, 6 CLIC Paris Emeraude couvrent l'ensemble du territoire parisien.

(Source : DASES)

Les territoires des CLIC Paris Emeraude, définis en fonction des réseaux de santé et des filières gériatriques, s'imposent progressivement comme les territoires les plus pertinents de la coordination territoriale gérontologique à Paris - les Services d'Aide à Domicile du CASVP, les équipes de l'EMS APA et depuis peu l'ARS s'agissant de la mise en place des MAIA - ont adopté la même géographie.

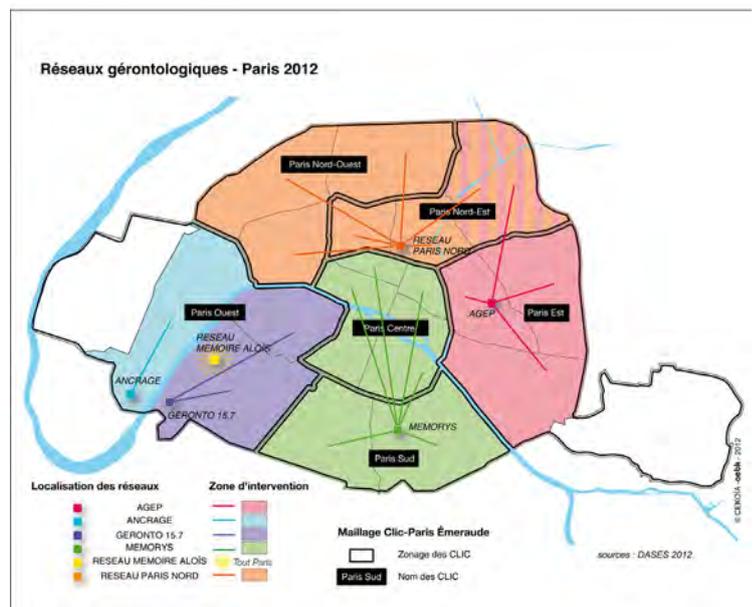
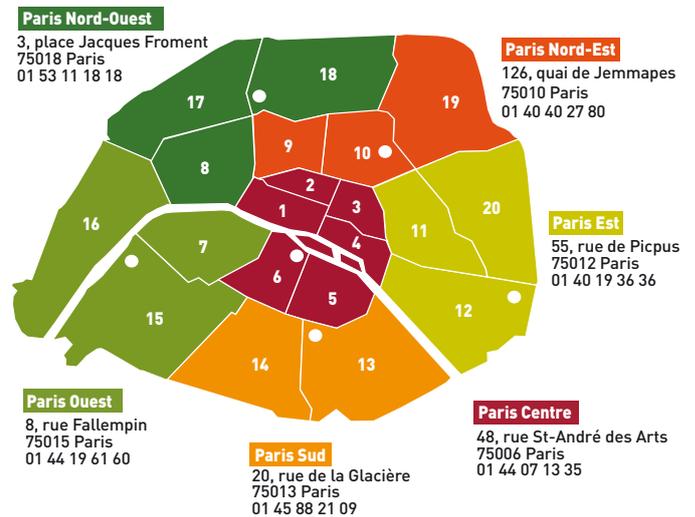
• Les réseaux gérontologiques (6)

Ces structures ont plus particulièrement pour but de soutenir les médecins traitants dans la prise en charge médicale des personnes âgées. Les membres des réseaux ont à la fois des compétences sanitaires et para médicales.

La carte permet de visualiser la couverture territoriale des six réseaux implantés à Paris : AGEP, ANCRAGE, GERONTO 15.7, MEMORYS, RESEAU MEMOIRE ALOIS, RESEAU PARIS NORD. Au moins un réseau assure la couverture de chaque territoire porté par un CLIC Paris Emeraude. Le réseau Mémoire Alois s'étend sur une zone d'intervention qui couvre tout Paris.

• Les filières gériatriques

Les filières gériatriques rassemblent sur un territoire donné des structures sanitaires (centres hospitaliers, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée, hospitalisation à domicile) et des structures médico-sociales (services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, EHPAD). Elles sont labellisées par l'ARS.



► **LES ENJEUX 2012-2016**

• **Développer la coordination des acteurs sur chaque territoire notamment pour la gestion des situations complexes**

Il s'agirait de construire des solutions de manière homogène (en termes de méthode, de pilotage) à partir des ressources du territoire et en évitant de créer un nouveau niveau de coordination.

• **Coordonner les évaluations réalisées auprès des personnes âgées.**

De multiples intervenants sont appelés à évaluer les besoins des personnes âgées à domicile : EMS APA, CLIC, réseaux de santé... Il serait utile d'améliorer la coordination des évaluations réalisées.

• **Favoriser l'articulation entre la programmation (SROMS) et les acteurs de terrain, le sanitaire et le médico-social⁴⁹, la ville et l'hôpital**

Le SROMS préconise l'organisation d'un parcours de vie et de soins dans une approche intégrée entre la prévention, le soin et la prise en charge médico-sociale.

Pour cela, il est nécessaire de favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés (ambulatoire, hospitalier, social, médico-social) pour mettre en œuvre une prise en charge des usagers globale et sans rupture.

Pour les personnes âgées résidant en EHPAD, l'expérimentation des équipes mobiles gériatriques a pour objectif d'améliorer la prise en charge sanitaire des résidents, de mieux réguler les hospitalisations et de former le personnel de ces établissements.

49 Définir une procédure systématique pour l'admission et le séjour à l'hôpital ainsi que pour la préparation du retour à domicile

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Le territoire parisien est riche d'initiatives et de dispositifs pour les personnes âgées. Cependant, ces initiatives et ces dispositifs ne sont pas toujours connus des personnes âgées et de leurs familles et des acteurs du champ gérontologique. Or, en raison de ce manque de connaissances et d'informations, certains acteurs ont des difficultés pour orienter les personnes âgées vers les dispositifs adaptés à leurs besoins.

OBJECTIFS

- Identifier et faire connaître les ressources présentes sur chaque territoire

PUBLICS VISÉS

- Les professionnels

ACTIONS

ACTION 1	
Réaliser des diagnostics territoriaux - en s'appuyant sur ceux existants ou en cours d'élaboration - qui couvrent les champs de la prévention (cf. fiche 4 action 1), du social, du médico-social, de l'ambulatoire et du sanitaire	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser l'ensemble des ressources présentes sur un territoire (correspondant à celui de chacun des CLIC Paris Emeraude) en direction des personnes âgées : dispositifs portés par des acteurs associatifs, publics, privés... - Confier à chacun des CLIC Paris Emeraude la réalisation de ces diagnostics sur leur territoire, en lien avec les MAIA, les CST et les acteurs des filières gériatriques - Utiliser et coopérer éventuellement à la réalisation des diagnostics sur des territoires plus restreints (quartiers politique de la ville, voire groupes d'immeubles...) • Il sera nécessaire de prendre en compte les travaux réalisés dans le cadre des filières gériatriques qui sont également menés à une échelle territoriale
Pilote	DASES
Partenaires associés	CAJ, ARS
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de fréquentation des CAJ sur les horaires atypiques (soir et weekend) - Impact de la mise en œuvre des horaires atypiques sur le fonctionnement global de la structure
ACTION 2	
Elaborer des « annuaires des ressources territoriales » avec l'ambition qu'ils soient utilisés par tous les acteurs professionnels de chaque territoire. (Action commune avec l'action 2 de la fiche 1)	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des annuaires professionnels partagés sous une forme adaptée (document virtuel facilement actualisable et consultable, document papier...) qui aient une présentation commune au niveau départemental - Diffuser ces annuaires aux différents professionnels d'un territoire et dans les lieux d'accueil du public (mairies d'arrondissement, sections du CASVP, SSDP, filière gériatrique...) - Prévoir une actualisation régulière de ces annuaires <p>Ces annuaires sont destinés uniquement aux professionnels. Les particuliers eux, disposent d'un guide et d'informations sur le site paris.fr</p>
Pilote	DASES (CLIC Paris Emeraude, CST et SSDP), MAIA
Partenaires associés	DASES, mairies d'arrondissement, CASVP, SSDP, filières gériatriques, services hospitaliers, réseaux de santé, MAIA, services sociaux...
Calendrier	2014 (réalisation des annuaires) et mise à jour permanente jusqu'en 2016

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

A Paris, de nombreux professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires sont susceptibles de prendre part à l'accompagnement des personnes âgées. Cette hétérogénéité d'intervenants rend complexe et fragilise la qualité du suivi de la personne âgée, favorise la répétition d'évaluations et d'actes déjà effectués et peut aboutir à des incohérences dans les décisions prises, voire des ruptures dans l'accompagnement. D'où un besoin important d'harmoniser les pratiques et de formaliser des modes de coordination et de partenariats entre professionnels, autour des besoins de la personne âgée.

La mise en place début 2012 de CLIC Paris Emeraude sur de nouveaux territoires – calqués autant que possible sur ceux des réseaux de santé et des filières gériatriques, territoires qui sont également ceux des nouvelles plateformes de services à domicile du CASVP, des équipes EMS APA, et qui ont été retenus par l'ARS comme les territoires d'implantation des MAIA – permet de réunir des conditions favorables à une meilleure coordination.

Par ailleurs certaines situations complexes (cumul de problèmes de santé et de difficultés sociales) ou pathologiques nécessitent l'instauration d'une véritable coopération entre professionnels- voire l'intervention de gestionnaires de situations complexes. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de développer une organisation intégrée des professionnels œuvrant pour les personnes âgées qui vivent à domicile, pour progresser à terme vers une organisation de type « guichet unique »⁵⁰. Le développement de la coordination et de l'intégration des services autour de la personne âgée est également une préconisation de l'ARS (SROMS, objectif stratégique n°2, objectif opérationnel n° 2.2 « Favoriser la continuité et la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes âgées »).

OBJECTIFS

- Faciliter et simplifier la mise en œuvre de la coordination au niveau de chaque territoire.
- Formaliser les modalités de la mise en œuvre de la coordination locale.
- Encourager les partenariats.

PUBLICS VISÉS

- L'ensemble des acteurs en relation avec les personnes âgées (services, établissements d'hébergement, CLIC, MAIA, services sociaux, établissements sanitaires, réseaux de santé gériatrique, médecine de ville, services hospitaliers, filières...).

⁵⁰ Le guichet intégré est un mode d'organisation partagée entre tous les partenaires chargés de l'information, de l'orientation de la population et de la coordination sur le territoire. Il réunit autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux. En partageant référentiels, pratiques et données, le guichet intégré est une organisation essentielle à l'accessibilité des services et à la définition des besoins d'un territoire. Le processus permet de construire un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des malades qui vivent à domicile.

ACTIONS

ACTION 1		Définir les modalités de mise en œuvre de la coordination sur chaque territoire de CLIC Paris Emeraude
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser en 2013 un bilan de la montée en charge de l'activité des CLIC et le développement des partenariats, et si besoin adapter les moyens dédiés En application des cahiers des charges des CLIC Paris Emeraude et des MAIA : - définir un protocole d'analyse des besoins et d'orientation ; - identifier les expertises présentes sur chaque territoire (cf. fiche 14) ; - informer les professionnels sur les ressources existantes sur leur territoire d'intervention (cf. fiche 14) ; - encourager le développement des interfaces de travail partagées pour favoriser le travail en réseau ; - limiter le nombre de réunions sur un même territoire, par exemple en fusionnant les comités techniques personnes âgées et les commissions d'inclusion des MAIA ; - inviter des experts aux commissions interdisciplinaires pour développer l'information des partenaires ; - formaliser tous les partenariats au travers de conventions - veiller au respect de l'éthique et des obligations juridiques (droits de l'utilisateur, responsabilité des acteurs, ...) ; - chaque service doit pouvoir apporter une réponse intégrée en renseignant y compris sur des domaines qui ne sont pas strictement de sa compétence et en faisant le lien avec le service ad hoc. 	
Pilote	DASES, ARS, MAIA et CLIC Paris Emeraude	
Partenaires associés	Tous les acteurs en relation avec les personnes âgées au niveau territorial (CASVP, CST- SSDP, réseaux de santé, intervenants sur le champ des précarités, filières gériatriques...)	
Calendrier	2012-2014	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de conventions et de protocoles et leur mise en œuvre : nombre et régularité des réunions interdisciplinaires ; - Nombre d'évaluations conjointes réalisées. 	
ACTION 2		Articuler les interventions et les évaluations réalisées au domicile de la personne âgée
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Actualiser le protocole d'articulation EMS APA - SSDP – CLIC Paris Emeraude en y intégrant des critères communs de veille sociale. - Favoriser la réalisation de visites conjointes au domicile de la personne âgée - Uniformiser les grilles d'évaluations par type de mission sur le territoire parisien. - Remettre en œuvre les protocoles de reconnaissance des évaluations entre la CNAV et l'EMS-APA ; 	
Pilote	DASES, ARS	
Partenaires associés	La CNAV et les acteurs qui réalisent des évaluations au domicile de la personne âgée (CLIC Paris Emeraude, EMS APA, MAIA, CRAMIF, AGIR-ARCCO, réseaux de santé, CST-SSDP...)	
Calendrier	2013 pour le protocole CNAV/EMS APA, 2012-2016 pour les autres actions	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - L'existence de protocoles d'articulation et/ou de reconnaissance des évaluations entre acteurs ayant des missions similaires 	

Indicateurs d'évaluation	- Réalisation et mise à jour des « annuaires des ressources territoriales »
---------------------------------	---

ACTION 3 Choisir un outil partagé

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Valider le choix d'un outil partagé (par exemple le GEVA-A, outil choisi pour les MAIA) - Former les acteurs à son utilisation - Déployer l'outil auprès des acteurs concernés
Pilote	DASES, ARS
Partenaires associés	Acteurs en relation avec les personnes âgées au niveau territorial (CLIC Paris Emeraude, MAIA, CST-SSDP, réseaux de santé, EMS APA...)
Calendrier	2013-2015
Indicateurs d'évaluation	- Résultat de l'étude

ACTION 4 Engager le partenariat avec les pompiers, le SAMU et les autres acteurs de l'urgence

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer des critères médico-sociaux⁵¹ à intégrer dans les grilles d'évaluation des pompiers afin d'éviter les orientations inopportunes vers les urgences. - Étudier la possibilité d'intégrer une référence médico-sociale (familiale aux ressources sociales et médico-sociales parisiennes) au dispositif d'orientation des pompiers. - Définir les modalités de transmission des signalements aux CLIC Paris Emeraude. - Modalités de sollicitation/concertation des pompiers (et des autres acteurs de l'urgence) notamment par les CLIC Paris Emeraude.
Pilote	DASES
Partenaires associés	CLIC-Paris Emeraude, ARS, Pompiers de Paris, SAMU, autres acteurs de l'urgence, autres intervenants
Calendrier	2013-2014
Indicateurs d'évaluation	- La formalisation du partenariat avec les pompiers, le SAMU et les autres acteurs de l'urgence.

51 Notamment sur les horaires diurnes

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

L'accompagnement de certaines personnes âgées peut se révéler difficile, notamment lorsque leur situation évolue vers ou se révèle être ce qu'on appelle « une situation complexe ». On peut citer comme exemples ces situations le refus d'aide ou de soins, un contexte de dissensions familiales, les situations d'isolement total associé à des troubles cognitifs... Ce type de contexte nécessite en général l'intervention de plusieurs intervenants au domicile de la personne âgée. Or, cela requiert une coordination poussée entre l'ensemble des professionnels. A défaut, cela engendre une perte d'informations entre professionnels et une efficacité moindre dans le traitement de la situation.

Actuellement les CLIC et leurs partenaires, réunis dans le cadre des CTPA (Comités Techniques Personnes Agées) s'efforcent de résoudre collectivement ces situations. L'arrivée de gestionnaires de situations complexes, dans le cadre des MAIA⁵², apportera de nouveaux moyens pour leur prise en charge.

A Paris, les MAIA sont actuellement au nombre de 4 :

- 3 viennent de recevoir un avis favorable de l'ARS à leur création (avis du 28 juin 2012 suite à l'appel à projet du 2 février 2012). L'ARS, en accord avec le département de Paris a souhaité que le territoire de ces nouvelles MAIA soit aligné sur les territoires des CLIC, pour une meilleure coordination.
- la première MAIA parisienne, implantée sur le 20^e arrondissement, a vu sa zone d'intervention étendue aux 11^e et 12^e arrondissements.

En 2013, le territoire Parisien sera entièrement couvert, par 6 MAIA qui devront travailler à la coordination avec les acteurs gérontologiques en présence sur leur territoire, avec comme objectif de réaliser l'intégration de ces services.

La mise en place de gestionnaires de situations complexes, dans le cadre des MAIA correspond à une préconisation de l'ARS (SROMS, objectif stratégique n°2, objectif opérationnel n° 2.2 « Favoriser la continuité et la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes âgées »).

OBJECTIFS

- Formaliser les modalités d'échange et de coordination dans la gestion des situations complexes avec les partenaires.

PUBLICS VISÉS

- Les services et structures ayant à connaître les situations complexes.

52 « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer »

ACTION

ACTION 1	
Définir les modalités de mise en œuvre de la coordination sur chaque territoire de CLIC Paris Emeraude	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les gestionnaires des situations complexes sur chaque territoire (MAIA, CLIC...) et sa périphérie - Identifier les outils et moyens disponibles sur le territoire pour le suivi des situations complexes - Elaborer une procédure parisienne de gestion des situations complexes et sa déclinaison en fonction des acteurs présents sur chaque territoire - Définir le mode de calcul d'un indice des besoins en évaluant le nombre de situations complexes à suivre, les modalités de gestion de la file active (en complémentarité avec l'ensemble des acteurs territoriaux) et les problèmes liés à la responsabilité des différents acteurs impliqués (réfèrent, intervenants médico-sociaux)
Pilote	ARS, DASES (BAPA)
Partenaires associés	CLIC Paris Emeraude, MAIA, tous les acteurs réalisant des évaluations et intervenant au domicile des personnes âgées, réseaux de santé, EMS-APA, SSDP, filières gériatriques, associations...
Calendrier	2012-2014
Indicateurs d'évaluation	Analyse du rapport d'activité des MAIA et/ou des CLIC sur les territoires non encore couverts

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

L'hospitalisation d'une personne âgée constitue une phase déterminante pour la suite de son parcours (à domicile ou en établissement). Or, les passages des personnes âgées à l'hôpital ne sont pas suffisamment anticipés : très souvent les personnes âgées sont hospitalisées en urgence, sans qu'il y ait eu de coordination entre les acteurs du secteur médico-social et du secteur sanitaire.

De même, la préparation des sorties d'hospitalisation ne permet pas toujours un passage de relais efficient entre l'hôpital et le domicile ou l'établissement d'hébergement. Cela crée parfois des ré-hospitalisations qui auraient pu être évitées. Il existe donc un réel besoin d'améliorer la coordination et l'échange d'information entre professionnels intervenants en amont et en aval de l'hospitalisation de la personne âgée (médecins généralistes, intervenants à domicile, services administratifs en charge d'attribuer les prestations en urgence).

OBJECTIFS

- Améliorer le parcours de soins de la personne âgée de manière générale pour l'intégrer à son parcours de vie global
- Prévenir et anticiper les hospitalisations
- Encourager les consultations ambulatoires programmées
- Développer les consultations au moyen de la télémédecine entre EHPAD et hôpitaux
- Optimiser la phase de prise en charge hospitalière et préparer la sortie dans les meilleures conditions possibles de retour au domicile ou dans un établissement (SSR ou EHPAD)
- Créer les conditions de la coordination entre le médico-social et le sanitaire, notamment :
 - en encourageant les démarches de contractualisation et en veillant à leur application
 - en analysant de manière conjointe les constats réalisés par les CLIC Paris Emeraude

PUBLICS VISÉS

- Les acteurs du secteur médico-social et du secteur sanitaire.

ACTIONS

ACTION 1		Anticiper l'hospitalisation et éviter les hospitalisations en urgence
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - En lien avec les médecins coordinateurs en EHPAD et les médecins généralistes au sein des réseaux, déterminer les conditions nécessaires pour éviter les hospitalisations en urgence : intervention plus soutenue de professionnels de santé, consultations ambulatoires, réseaux de santé, HAD... - Décrire les relations avec le service hospitalier : comment entrer en contact avec lui, quels éléments lui fournir pour lui permettre de prendre la décision d'hospitalisation la plus adaptée possible, comment définir la date d'entrée et évaluer précocement la durée prévisible du séjour... - Développer des solutions d'accueil temporaire pour éviter des demandes d'hospitalisation par défaut. - Encourager la mise en place de conventions entre les établissements du secteur sanitaire et ceux du secteur médico-social. - Veiller à la bonne application des conventions, notamment pour les EHPAD lors de la signature de la convention tripartite. 	
Pilote	ARS, AP-HP et DASES	
Partenaires associés	Établissements du secteur sanitaire, acteurs du secteur social et médico-social, réseaux de santé	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Existence et utilisation de protocoles formalisés de coordination - Nombre de personnes âgées accueillies aux urgences - Nombre de personnes âgées hospitalisées (sans passage aux urgences) 	

ACTION 2		Préparer les sorties d'hôpital en lien avec les partenaires des filières gériatriques
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Définir un protocole de préparation des sorties d'hôpital avec les filières gériatriques. - Identifier les acteurs chargés de l'organisation des sorties - Identifier les acteurs qui peuvent être sollicités lors des sorties (SSIAD, HAD...). - Identifier les modalités pour les situations spécifiques et en particulier pour la fin de vie. - Évaluer l'action de l'équipe mobilisable sociale du CLIC 11^e/12^e/20^e et éventuellement la pérenniser. 	
Pilote	ARS, AP-HP et DASES	
Partenaires associés	Filières gériatriques, acteurs du secteur médico-social, réseaux de santé	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - A partir des retours d'expériences, évaluation de l'évolution qualitative des modalités de sortie 	

ACTION 3 Affirmer les relations entre le social, le médico-social et le sanitaire sur chaque territoire	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Réactiver les commissions ville-hôpital (CVH) sous la forme de commissions ville-filières gériatriques pour promouvoir une gouvernance commune :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ouverture à d'autres acteurs (secteurs psychiatriques...) ; - rapprocher les commissions ville-hôpital des CLIC et les comités de coordination des filières ; - identification des modalités de co-portage et de co-animation des commissions. <p>Identifier les bonnes pratiques existantes en termes de collaboration entre la ville et l'hôpital, les formaliser et les développer</p> <ul style="list-style-type: none"> - définir une procédure de partage d'information entre le CLIC Paris Emeraude et les urgences hospitalières⁵³ ; - définir des critères d'alerte à l'entrée de l'hôpital qui déclencherait des informations aux acteurs territoriaux ; - étudier les modalités de mobilisation des établissements sanitaires hors établissements porteurs des filières.
Pilote	ARS, AP-HP, filières et DASES
Partenaires associés	Etablissements du secteur sanitaire, acteurs du secteur médico-social, réseaux de santé, CLIC Paris Emeraude
Calendrier	2012-2014 (CVH), reste des actions entre 2012 et 2016
Indicateurs d'évaluation	- Existence et utilisation de protocoles formalisés de coordination

ACTION 4 Mobiliser les acteurs sanitaires exerçant en dehors de l'hôpital	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Impliquer les réseaux de santé gériatriques. - Impliquer les médecins libéraux dans la coordination en s'appuyant sur les médecins coordonnateurs des EHPAD. - Mobiliser l'URPS⁵⁴ sur la prise en charge gérontologique en médecine de ville. - Mobiliser les médecins qui font appel aux réseaux de santé. - Organiser des réunions avec les médecins coordonnateurs et les IDEC⁵⁵ des EHPAD et, le cas échéant, les médecins traitants.
Pilote	ARS et DASES
Partenaires associés	Filières, médecins libéraux, établissements du secteur sanitaire, acteurs du secteur médico-social, réseaux de santé, équipes médicales des EHPAD
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions réalisées avec les médecins coordonnateurs et les IDEC - Nombre de médecins libéraux et médecins coordonnateurs impliqués dans la coordination

53 Afin d'éviter par exemple le refus d'hospitalisation ou au contraire de profiter d'un contact avec les urgences pour réaliser un bilan refusé par la personne âgée à son domicile...

54 URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

55 IDEC : Infirmiers coordonnateurs en EHPAD

ACTION 5 Développer la télémédecine	
Mise en œuvre opérationnelle	- Déclinaison du programme télémédecine régional (en cours de validation) en débutant par les EHPAD du CASVP
Pilote	ARS, CASVP, Filières gériatriques, EHPAD
Partenaires associés	Médecins et infirmiers coordonnateurs en EHPAD, réseaux de santé
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Nombre de consultations effectuées via la télémédecine par spécialités

ACTION 6 Pérenniser les missions exercées par les EMGE10, pour renforcer le lien entre l'hôpital et les EHPAD afin d'éviter le passage aux urgences des personnes âgées et de préparer les hospitalisations.	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Pérenniser les missions exercées par les EMGE⁵⁶, renforcer le nombre d'intervenants, assurer la présence de médecins gériatres au sein de ces équipes. - Les confirmer d'une part dans leur rôle de diagnostic et d'orientation vers les services hospitaliers des résidents et d'autre part dans leur rôle de conseil, d'appui et de formation des équipes des EHPAD. - Veiller à l'articulation des EMGE avec les filières gériatriques et avec l'ensemble du système de soins.
Pilote	ARS, AP-HP
Partenaires associés	DASES, filières gériatriques, EHPAD
Calendrier	2013
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de conventions signées avec les EHPAD - Rapport annuel d'activité des EMGE

AXE D

PRENDRE EN COMPTE LES PROBLÉMATIQUES ÉMERGENTES

LE MAINTIEN DU LIEN SOCIAL : DES EFFORTS À POURSUIVRE

► LE DIAGNOSTIC

À Paris, un nombre important de personnes âgées vivent seules. Selon l'INSEE, 177 673 Parisiens âgés vivaient seuls en 2008. Selon l'APUR, 36 % des Parisiens de 60-74 ans et 51 % des 75 ans et plus vivent seuls, les trois quarts d'entre eux sont des femmes.

L'isolement des personnes âgées peut se caractériser par l'absence de relations sociales significatives, être lié à un sentiment de solitude, ou encore survenir lors de la perte d'autonomie de la personne âgée qui se trouve isolée lorsqu'elle ne peut plus sortir de chez elle. Par ailleurs, l'isolement est un facteur aggravant de la dépendance car il peut conduire à des prises en charges tardives, et donc plus lourdes. Il représente alors une réelle problématique en cas de maintien à domicile, voire une limite au maintien à domicile.

► LES RÉALISATIONS 2006-2011

Afin de préserver le lien social des personnes âgées, en sus des actions d'animation et de loisirs mises en place par le CASVP (Clubs et restaurants émeraudes, sorties et séjours de vacances...), la collectivité parisienne a mis en place et soutenu plusieurs actions ciblées pour rompre l'isolement des personnes âgées et prévenir ses conséquences.

- **La création du réseau des commerçants solidaires**

Créé en 2009, 350 commerçants parisiens sont membres du réseau des commerçants solidaires de la ville de Paris. Ils jouent le rôle de relais auprès des habitants de leur quartier, notamment auprès des personnes les plus isolées. Ils ont par exemple participé aux différentes campagnes autour du plan prévention canicule.

- **Le projet Voisin - Age**

Mis en place par les petits frères des Pauvres, ce projet basé sur le volontariat a pour but de mettre en relation les personnes âgées isolées et des bénévoles de proximité. Grâce au site dédié à ce projet, les « voisins », organisés en réseau, veillent sur les personnes âgées, notamment en leur rendent visite.

- **Le soutien à l'association « Au bout du fil »**

L'association « Au bout du fil » est une association présente au niveau national. Les bénévoles de cette association appellent régulièrement les personnes âgées qui en formulent la demande. Lorsque des personnes ne répondent pas aux appels téléphoniques, un signalement est effectué auprès du référent indiqué.

- **La création du fichier Chalex (chaleur extrême)**

En application de la loi 2004, la collectivité parisienne a mis en place le fichier Chalex, auquel peuvent s'inscrire les seniors parisiens. Ce dispositif, qui compte plus de 21 000 inscrits, permet de contacter les personnes inscrites en cas d'épisodes de fortes chaleurs.

- **Le recours au service civique parisien**

Pendant 8 à 12 mois, les jeunes de 18 à 25 ans peuvent s'investir dans une mission de lien social. Dans ce cadre, 80 jeunes ont participé à des actions en faveur des seniors comme celles du dispositif Port'âge porté par la Direction des Affaires Culturelles, ou celles proposées par la mission d'accompagnement des seniors (CASVP). Enfin, chaque année entre 2007 à 2011, 13 jeunes ont intégré les CLIC Paris Emeraude via le service civique.

- **La cohabitation intergénérationnelle**

La cohabitation intergénérationnelle permet aux personnes âgées de mieux vivre chez elles, tout en proposant une solution de logement pour les jeunes. Trois associations (le Pari Solidaire, Ensemble 2 générations et Logement Intergénération) portent de tels projets, soutenus par la collectivité parisienne. Il s'agit de proposer l'hébergement d'un jeune (étudiant, apprenti...) chez une personne âgée en échange de temps de présence, de quelques services (courses, fermeture volets...) et, éventuellement, d'une contribution financière.

► **ENJEUX 2012-2016**

- **Développer les actions de lutte contre l'isolement menées actuellement sur le territoire parisien.**
- **Poursuivre le développement d'actions intergénérationnelles de proximité pour endiguer l'isolement des personnes âgées : cohabitation intergénérationnelle au sein d'un même appartement, projets de voisinage intergénérationnel, actions de loisirs, visites conviviales...**
- **Les dispositifs actuels ne permettent pas un repérage exhaustif, ou au moins satisfaisant, des personnes âgées en situation d'isolement. C'est pourquoi il convient de développer des modes de repérage efficaces des personnes âgées isolées, afin de pouvoir y apporter des réponses le plus précocement possible.**

LES PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

► **DIAGNOSTIC**

4 % des seniors parisiens à Paris perçoivent le minimum vieillesse. Toutefois, ces situations de pauvreté sont à distinguer des situations de précarité. En effet, si des retraités sont touchés par la pauvreté du fait de leurs faibles ressources, nous comptons aussi des personnes de plus de 60 ans qui sont touchées par la précarité.

L'augmentation de la précarité des seniors a pour origines premières le contexte de crise économique actuel (perte de pouvoir d'achat), des crises personnelles (divorce, veuvage...) et l'arrivée à l'âge de la retraite d'actifs ayant eu des périodes sans emploi. Cependant, la précarité peut aussi être générée par la perte d'un logement, par une addiction, ou par une pathologie. Les personnes touchées par la précarité cumulent souvent plusieurs types de précarité.

De plus, certaines personnes qui ont eu une vie précaire connaissent un vieillissement accéléré et/ou précoce, autour de 60 ans. Pour ces « jeunes seniors précaires » il est nécessaire de proposer des solutions d'hébergement adaptées. L'offre d'hébergement du CASVP s'est adaptée à l'accueil de ce public, notamment dans les résidences-services.

► **RÉALISATIONS 2006-2011 ET ACTIONS DES PARTENAIRES**

Pour cette population, la collectivité parisienne a fait évoluer ses aides financières, en créant notamment « Paris solidarité », « Paris logement » et « Paris santé », pour répondre au manque de ressources et prévenir les expulsions locatives et le renoncement aux soins.

Par ailleurs, le département et ses partenaires ont mis en place de nombreuses actions destinées à permettre aux personnes âgées précaires de bénéficier d'un accompagnement au droit et de disposer de solution d'hébergement :

- Les CLIC Paris Emeraude sont saisis par les acteurs qui accompagnent des personnes âgées en situation de précarité et inversement.
- Le CASVP a mis en place une mission sociale composée de travailleurs sociaux au sein de ses résidences-services.
- Il existe 3 permanences sociales d'accueil (PSA) mises en place par le CASVP à Paris, pour les personnes isolées sans domicile fixe. La PSA Bastille est destinée aux hommes isolés de plus de 25 ans. Pour permettre l'ouverture des droits de ces personnes, la PSA possède un service d'aide légale et a développé des partenariats avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour la CMU, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV).
- Des associations ou des fondations (comme le centre d'action sociale protestant (CASP), la Fondation Maison des champs ou encore les Petits Frères des Pauvres) gèrent des dispositifs qui permettent d'accompagner des personnes âgées en situation de précarité (les maisons relais).
- Au sein de certains foyers de travailleurs migrants, la présence d'un médiateur permet d'accompagner des résidents vers l'ouverture de droits aux soins et à la retraite. Ce médiateur est repéré et identifié par les résidents.

► ENJEUX 2012-2016

De multiples intervenants et dispositifs en faveur des personnes âgées précaires existent à Paris mais ces dispositifs ne sont pas toujours connus par l'ensemble des acteurs du territoire. Il conviendra donc de faire connaître les dispositifs existants et de créer les conditions permettant d'instaurer une coordination et une transversalité entre professionnels d'un même territoire.

Par ailleurs, le Conseil général devra mener une « étude de projection des seniors précaires sur le département de Paris d'ici à 2030 ». Cette étude devra permettre :

- d'anticiper les futurs besoins de la DASES et du CASVP,
- de réfléchir à la nécessité de repenser certaines aides en faveur des personnes âgées précaires, afin d'évaluer la charge financière qui incombera au département et à la ville,
- et de repenser, si besoin est, les dispositifs en faveur des personnes âgées, par un ciblage vers les seniors pauvres et précaires.

LES MIGRANTS ÂGÉS ISOLÉS

Les immigrés⁵⁷ représentaient en 2007 20,1 % de la population parisienne. En dehors des ressortissants de l'Union Européenne, ils sont nés en majorité au Maghreb (5 % de la population), en Asie (3,2 %), et en Afrique (3,1 %). La population étrangère présente sur le territoire parisien vieillit.

Actuellement, 19 % des immigrés ont 60 ans et plus, la proportion étant très variable selon les origines géographiques. Ainsi, les plus de 60 ans représentent 26 % de la population originaire du Maghreb, en lien avec l'immigration de travail arrivée en France à partir du milieu du 20^e siècle. La population d'origine asiatique est plus jeune, elle compte 12 % de 60 ans et plus. Par ailleurs, cette population s'est considérablement féminisée, en raison du regroupement familial et de l'immigration plus fréquente de femmes seules au cours des dernières décennies. Ainsi en 2007, 52 % des personnes immigrées présentes à Paris étaient des femmes, contre 45 % en 1982.

⁵⁷ Immigré : personne étrangère née à l'étranger et résidant en France, qu'elle ait gardé sa nationalité étrangère ou soit devenue française

Répartie dans tout Paris, la population étrangère est plus représentée dans les arrondissements du Nord-est Parisien (3^e, 4^e, 11^e, 12^e, 18^e, 19^e et 20^e arrondissements), où elle représente 15 à 20 % des résidents.

La plupart des immigrés parisiens sont locataires, 53 % dans le secteur privé et 20 % dans le parc social (25 % pour les étrangers non communautaires).

Les migrants âgés isolés vivant en foyer de travailleurs migrants constituent une population mieux connue et qui fait l'objet d'une attention soutenue depuis plusieurs années. En 2010, 32 % des résidents en foyer pour travailleurs immigrés (sur 8 000 résidents) étaient âgés de plus de 60 ans contre 17 % en 2002. La part des retraités dans les foyers a doublé depuis 2005 pour atteindre 19 % en 2010. L'augmentation de la part de migrants âgés dans les foyers parisiens s'explique par leur ancienneté de résidence. En effet, 42 % y habitent depuis plus de 10 ans.

Parmi cette population, les femmes âgées voient leurs difficultés accentuées par différents facteurs, notamment en cas de veuvage :

- l'accès aux droits si les démarches étaient assurées par leur mari,
- une maîtrise de la langue française souvent faible,
- une situation de précarité plus importante.

Cette population de migrants âgés vit souvent dans des conditions précaires. Beaucoup ne savent ni lire ni écrire, ce qui ne facilite pas leur intégration. Leur mode de vie et leur parcours personnels renforcent souvent le sentiment d'isolement. Leurs difficultés peuvent être :

- l'accès au droit,
- l'inadaptation de certains logements (chambres collectives...) aux besoins cette population vieillissante et à l'intervention de services d'aide et d'accompagnement à domicile,
- le vieillissement précoce en raison des conditions de travail précaires, de l'absence de prévention et de suivi médical.

Il apparaît qu'actuellement les personnes immigrées, et notamment les personnes âgées, n'ont qu'un faible recours aux dispositifs parisiens dédiés aux seniors, que ce soient les loisirs, l'aide à domicile, ou le recours à l'hébergement collectif. De plus, dans le domaine de la santé, ils participent peu aux actions de prévention. Il serait restrictif de vouloir expliquer cet état de fait uniquement en raison de leurs habitudes culturelles, qui se modifient pour les nouvelles générations, ou en raison d'un défaut d'information.

Aussi, la question du repérage de cette population pour faciliter son accès aux dispositifs d'aide est centrale.

► RÉALISATIONS 2006-2011

• Les cafés sociaux

Entre 2006 et 2011, le département a apporté son soutien à 4 cafés sociaux, et devrait prochainement participer au financement de 2 autres cafés :

- un café social pour les migrants africains vivant en foyer, auquel la ville de Paris apportera son soutien en 2013,
- un café social itinérant, pour personnes âgées d'origine asiatique.

Ces cafés sociaux ont pour mission :

- d'accueillir, écouter, orienter, accompagner dans les démarches de la vie quotidienne des migrants vieillissants (accueil généraliste, évaluation sociale, rencontre avec assistantes sociales dans le cadre de permanences juridiques et sociales).
- d'offrir un lieu de convivialité, de sociabilité et de détente permettant l'accès aux droits sociaux et une meilleure intégration de ces personnes dans la société française.
- de sensibiliser ce public sur la prévention de la dépendance, la prévention sanitaire, rompre l'isolement, et en cas de besoin aider à rétablir des liens sociaux tant en France que dans les pays d'origine.

ZOOM SUR LES CAFÉS SOCIAUX PORTÉS PAR L'ASSOCIATION AYYEM ZAMEN

Fondée en mai 2000, l'association Ayyem Zamen est à l'origine de la création du premier café social, le café Belleville ouvert depuis janvier 2000, puis du café social Dejean.

Les cafés sociaux fonctionnent du lundi au vendredi de 9h à 18h. Chacun d'entre eux accueille entre 120 et 160 personnes quotidiennement. Au sein de ces cafés, une permanence sociale accueille les usagers qui viennent exposer leur situation administrative, sociale et juridique. Ils sont conseillés, aidés, accompagnés et suivis dans l'accomplissement des démarches à effectuer.

En 2011, au total, 5 200 personnes ont été reçues dans les deux cafés sociaux. 536 permanences sociales ont eu lieu.

Les sujets les plus fréquemment abordés ont trait à la constitution du dossier retraite (plus de la moitié), les autres situations concernent la protection sociale, l'ouverture des droits, la législation sur le droit de séjour.

Le public de ces deux cafés sociaux est en grande majorité parisien, de sexe masculin, retraité, locataire d'un logement social, et composé de personnes isolées. En effet, une grande majorité des adhérents de ces cafés sociaux n'a aucune famille en France.

- **Réalisation de groupes de travail sur les besoins des migrants vieillissants institués par les CLIC Paris Emeraude dans les 13^e, 14^e, 15^e et 19^e arrondissements et composés de différents acteurs (CASVP, CRAMIF, associations...)**
- **Transformation des Foyers de Travailleurs Migrants (Plan de traitement des Foyers de Travailleurs Migrants)**

Avec 45 foyers et 4 sites de desserrement sur son territoire, Paris réunit un tiers des 150 foyers de travailleurs migrants du centre de l'agglomération parisienne. Ces foyers accueillent 8 050 résidents en titre en 2010. Or, le vieillissement de la population des foyers parisiens s'est fortement accentué ces dernières années : un tiers des résidents sont âgés de plus de 60 ans en 2010 et 42 % de la population en foyer y habite depuis plus de 10 ans.

Ainsi, initialement conçus pour accueillir des travailleurs à titre temporaire, ces foyers sont devenus des lieux d'enracinement où se concentrent des hommes souvent âgés, ou au vieillissement précoce, et souvent en situation précaire. Afin de prendre en compte l'ensemble de ces problématiques, la ville de Paris a entamé une transformation de ces foyers dans le cadre du Plan de Traitement des Foyers de Travailleurs Migrants.

► ENJEUX DU SCHÉMA 2012-2016

Le nouveau schéma gérontologique aura pour enjeu de poursuivre le développement de ces actions afin de garantir un meilleur accompagnement de cette population, et notamment de mettre en place des actions permettant de répondre aux questions suivantes :

- Connaissance des migrants âgés : Comment mieux connaître les migrants âgés isolés ? Quels sont les acteurs en contact avec ces populations ? Quels sont les acteurs qui pourraient participer à leur repérage ?
- Comment évaluer les besoins non couverts des migrants âgés, notamment isolés en matière de logement, en matière d'accompagnement et ou de prise en charge médico-sociale et en matière en matière de prévention/santé ?
- Les femmes migrantes âgées : Quels sont leurs besoins spécifiques ? Quel accompagnement leur proposer ? Comment les contacter ? Comment leur faire connaître les aides existantes ?
- L'accès à l'information et aux droits est une problématique pour l'ensemble des personnes âgées, qui se trouve accentuée pour cette population : comment garantir l'accès à l'information et aux droits aux migrants âgés ? Les structures d'accès aux droits actuelles sont-elles suffisantes ? Faut-il des structures spécifiques ? Comment faire connaître ces structures aux migrants âgés ? Les professionnels de ces structures ont-ils besoin de formations spécifiques pour accueillir et informer les migrants âgés ?

- Le Logement

Les foyers : maintien des migrants âgés dans leur foyer et adaptation des foyers aux résidents âgés : Faut-il encourager les gestionnaires de foyer à adapter leur offre et a minima à agir pour mettre les personnes âgées dans les étages les moins élevés et/ou dans des zones particulières en les regroupant afin de faciliter leur accompagnement par des associations ou des services d'aide à domicile ?

Le logement diffus : comment toucher les migrants âgés en logement diffus et faire connaître les aides à l'adaptation du logement ?

LES PERSONNES ÂGÉES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX PROFESSIONNELS DE L'ACCUEIL

49 % des répondants ont estimé que les personnes âgées venant les rencontrer sont plus souvent atteintes de troubles psychologiques ou psychiatriques qu'il y a cinq ans.

48 % ont estimé que les personnes âgées venant les rencontrer sont autant atteintes de troubles psychologiques ou psychiatriques qu'il y a cinq ans.

Les problématiques liées à ce public sont le repérage et la réalisation du diagnostic.

Différents acteurs peuvent être en situation de repérer et signaler une personne âgée qui semble présenter des troubles psychiatriques (les voisins, les bailleurs et les syndics, le commissariat, le médecin traitant, les services d'accueil des urgences (SAU), les travailleurs sociaux...)

Une fois le repérage réalisé se pose la question du diagnostic à effectuer par un médecin psychiatre. Il est indispensable, non seulement pour la prescription d'un traitement adapté, mais particulièrement pour lever la confusion entre troubles psychiatriques et maladies de type Alzheimer.

A Paris, les CMP (Centres médico-psychologiques) ont pour mission d'intervenir auprès de tous les habitants de leur secteur, personnes âgées comprises. Ces centres répondent à l'organisation de la psychiatrie publique en France et garantissent l'accès aux soins (gratuité, proximité, libre accès) aux patients.

Le mode de fonctionnement des CMP en direction des patients âgés n'est pas homogène. Certains ont développé un travail collaboratif avec les réseaux de gériatrie et les circuits d'évaluation, ce qui a permis aux professionnels de bien orienter les personnes âgées. D'autres ont mis en place une équipe référente « personne âgée ».

Dans ce contexte d'augmentation ressentie par les professionnels du nombre de personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques, il est important de mieux connaître la population en question afin de pouvoir évaluer les besoins à couvrir, de définir le rôle des intervenants (CMP, EMGE, réseaux gérontologiques...) et de leur allouer les moyens nécessaires.

Cependant, la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques est un sujet qui dépasse la compétence départementale. C'est pourquoi, un travail commun avec l'ARS doit être mené, notamment dans le cadre du SROMS.

LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIEILLISSANTES ET LES JEUNES MALADES ALZHEIMER

► LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIEILLISSANTES :

Il n'y a pas à Paris de recensement global de cette population et de ses besoins de prise en charge. Il existe actuellement un SAVS (31 places) et deux SAMSAH (20 places) pour les personnes en situation de handicap mental vieillissantes.

3 projets d'établissements⁵⁸ en direction des personnes en situation de handicap vieillissantes sont en cours de réalisation :

- la création d'un FAM de 45 places dont 11 seront dédiées aux personnes handicapées vieillissantes et d'une MAS de 35 places dont 6 pour les personnes handicapées vieillissantes dans le Pôle de santé porté par la Fondation Sainte-Marie dans le 18^e arrondissement ;
- la création d'une PUV pour handicapés vieillissants, de 22 places, portée par l'association « Les papillons blancs » ;
- la création d'un FAM pour handicapés vieillissants, de 14 places, portée par l'association Saint-Michel.

► LES JEUNES MALADES ALZHEIMER

Il n'existe pas d'évaluation du nombre de personnes de moins de 60 ans atteintes de la maladie d'Alzheimer à Paris. En 2011, une première approche statistique estimait que 0,63 % de la population âgée de moins de 60 ans en Ile-de-France serait atteinte de la maladie d'Alzheimer contre 0,38 % au niveau national⁵⁹.

Dans cette même étude, le constat est fait, par les professionnels d'hébergement, que les structures actuelles sont peu adaptées aux problématiques des jeunes malades d'Alzheimer. Il est à noter une catégorie particulière parmi les jeunes malades, les personnes trisomiques, dont un nombre considérable développe précocement cette maladie.

À titre indicatif, en 2010, près de 400 personnes malades de moins de 60 ans ont été accueillies dans les unités de soins de longue durée des hôpitaux de l'AP-HP⁶⁰.

► LES ENJEUX 2012- 2016 POUR CES PUBLICS SPÉCIFIQUES :

- Mieux connaître ces publics et leurs besoins spécifiques
- Répertorier les modes de prise en charge existants
- Développer des solutions de prise en charge adaptées à chacun de ces publics
- Favoriser la coordination entre sanitaire et médico-social pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

A Paris, l'isolement des seniors est important et en progression : l'APUR indique que 174 000 Parisiens de 60 ans ou plus vivent seuls (75 % sont des femmes), et qu'à 75 ans ou plus un Parisien sur deux vit seul. De plus, 42 % des professionnels chargés de missions d'accueil à Paris estiment que les personnes âgées venant les trouver sont plus isolées socialement qu'il y a 5 ans⁶¹.

L'enquête réalisée par la Fondation de France dans le cadre de son étude « Les solitudes en France en 2010 » montre que les risques d'isolement sont aggravés par le grand âge, la perte d'autonomie et la précarité.

L'isolement, quelle qu'en soit la cause, peut conduire à des prises en charge tardives et donc plus complexes en termes d'accompagnement et de résultats. L'isolement peut également constituer un risque pour les personnes âgées en cas de situation climatique extrême (canicule, grand froid...)

Cependant, malgré le développement d'actions pour prévenir et rompre l'isolement des personnes âgées sur le territoire parisien (tentatives de création de réseaux de proximité, mise en place d'un fichier de repérage réservé aux situations de risque climatique...), les solutions actuelles ne permettent pas un repérage exhaustif ou au moins satisfaisant des personnes âgées en situation d'isolement.

OBJECTIFS

- Poursuivre les efforts de lutte contre l'isolement
- Développer des modes de repérage efficaces des personnes âgées isolées
- Apporter des réponses à ces situations d'isolement le plus précocement possible

PUBLICS VISÉS

- Les personnes âgées en situation d'isolement

ACTIONS

ACTION 1	Repérer et signaler les personnes âgées en situation d'isolement en s'appuyant sur les acteurs concernés sur chaque territoire (par exemple : gardiens d'immeuble, membres d'association, guichets sociaux, commerçants, pompiers, SAMU...)
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Définir et recenser les critères qui permettent d'identifier des situations de fragilité et les transmettre aux acteurs susceptibles de repérer ces situations et de les signaler. - Sensibiliser les acteurs pouvant repérer les personnes âgées isolées et leur indiquer quelle procédure suivre pour signaler une situation d'isolement aux CLIC Paris Emeraude - Construire des procédures adaptées pour chaque type d'intervenant
Pilote	CLIC Paris Emeraude
Partenaires associés	Pompiers, SAMU, DASES, associations, CASVP, SSDP...
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place des procédures - Comptage des signalements effectués

⁶¹ Exploitation des questionnaires adressés aux professionnels de l'accueil (responsables de CLIC Paris Emeraude, services sociaux, personnel en charge de l'accueil au CASVP, mairies d'arrondissement, 3975)

ACTION 2	Positionner chaque CLIC Paris Emeraude comme étant l'acteur central chargé de recueillir les signalements et les informations relatifs aux personnes âgées isolées sur leur territoire puis coordonner le traitement des réponses apportées
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Affirmer dans la mission des CLIC Paris Emeraude la gestion et transmission de l'information entre acteurs susceptibles de faire des signalements et les acteurs responsables des prises en charge. - Préciser cette mission dans le cahier des charges des CLIC Paris-Emeraude
Pilote	La DASES (BAPA) et les CLIC Paris Emeraude
Partenaires associés	DASES, associations, CASVP, SSDP...
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes âgées isolées repérées et signalées - Nombre de situations auxquelles une réponse a été apportée

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Le nombre de personnes âgées en situation de précarité progresse à Paris. En effet selon l'APUR, 13 % des 60-74 ans et 7 % des plus de 75 ans vivaient sous le seuil de pauvreté à Paris en 2007 contre 11 % en Ile-de-France et 10 % en France métropolitaine. De même, 4 % des Parisiens âgés bénéficient du minimum vieillesse contre 3 % des franciliens âgés.

L'augmentation de la précarité des seniors a pour origine première le contexte de crise économique actuel (perte de pouvoir d'achat) et l'arrivée à l'âge de la retraite d'actifs ayant connu des périodes sans emploi. Cependant, la précarité peut aussi être générée par la perte d'un logement, par une addiction, ou par une pathologie, et les personnes touchées par la précarité cumulent souvent plusieurs difficultés.

Afin d'aider ces seniors en difficulté, la collectivité parisienne a mis en place des aides comme « Paris solidarité » (complément de ressources), « Paris logement » (prise en compte du loyer pour prévenir les expulsions locatives), « Paris santé » (permettre l'adhésion à une mutuelle pour prévenir le renoncement aux soins)...

De même, pour les plus précaires, le CASVP propose une offre d'hébergement en résidence service couplée avec un accompagnement social et paramédical afin que les personnes âgées accueillies puissent accéder à leurs droits (droits sociaux, sanitaires...).

Les personnes de moins de 60 ans qui ont connu un vieillissement précoce en raison de leur parcours de vie (ou « jeunes seniors précaires ») ne peuvent pas toujours prétendre aux dispositifs mis en place pour les personnes âgées précaires de plus de 60 ans. C'est pourquoi le CASVP a ouvert à ce public ses résidences sociales et prestations d'accompagnement.

Face à l'augmentation prévue du nombre de seniors précaires, le nouveau schéma devra mettre en place des moyens permettant de mieux connaître ces publics et leurs besoins, et proposer des solutions d'accompagnement et des aides adaptées.

Cet objectif est également l'un des objectifs du SROMS (objectif stratégique n°1, objectif opérationnel n° 1-4 « Prendre en compte les spécificités de certaines catégories de populations »).

OBJECTIFS

- Renforcer et développer des solutions d'accompagnement adaptées aux personnes âgées en situation de précarité

PUBLICS VISÉS

- Les personnes âgées en situation de précarité

ACTIONS

ACTION 1 Favoriser l'accès des personnes âgées en situation de précarité aux dispositifs de droit commun	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'accès à l'information - Soutenir les actions qui permettent d'accompagner les personnes âgées souffrant de précarité, notamment en permettant qu'un plus grand nombre de personnes âgées isolées et précaires bénéficient de la MASP (Mesure d'accompagnement social personnalisé). - Encourager les relais locaux des institutions - Sensibiliser les professionnels à la spécificité de l'accueil des publics âgés en situation de précarité (progressivité de la prise de contact, de la mise en œuvre des actions envisagées...)
Pilote	CASVP et DASES
Partenaires associés	Services de l'Etat notamment DRIHL et ARS, CNAV, Caisses de retraite complémentaire, CAF, CPAM, SIAO-insertion (associations intervenant dans le domaine des précarités), DPVI
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions conduites - Nombres de personnes âgées bénéficiaires de la MASP

ACTION 2 Etudier l'adéquation des maisons relais et des résidences sociales aux besoins des personnes âgées précaires	
Mise en œuvre opérationnelle	- Travailler avec la DRIHL, l'ARS, la DASES, le CASVP et des responsables de Maisons relais sur l'accès et l'accompagnement par des équipes pluridisciplinaires du public accueilli par les Maisons relais
Pilote	DASES (SDIS et BAPA)
Partenaires associés	DRIHL, ARS, CASVP Associer à la réflexion les structures gestionnaires de maisons relais et de résidences sociales
Calendrier	2014-2016
Indicateurs d'évaluation	- Mise en place effective de groupes de réflexion

ACTION 3 Adapter le projet des résidences sociales et de certaines petites unités de vie à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à leur précarité.	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la vigilance sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées précaires dans les résidences sociales - Permettre que des personnes âgées présentant une désocialisation et/ou des addictions puissent être accueillies - Prévoir des périodes d'adaptation pour des personnes âgées qui auparavant étaient dans une situation très précaire - Prévoir un accompagnement par des professionnels qualifiés en nombre suffisant
Pilote	DASES
Partenaires associés	ARS, CASVP, gestionnaires
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	- Evolution du nombre de personnes âgées accompagnées par la mission sociale au sein de ses résidences services pour une mise en lien avec les services de droit commun

ACTION 4		Affermir l'action de la mission sociale du CASVP au sein de ses résidences services
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la veille sur les situations problématiques de résidents - Renforcer les interventions de la mission sociale mise en place en 2011 en lien avec les services sociaux polyvalents 	
Pilote	CASVP	
Partenaires associés	DASES	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution du nombre de personnes âgées accompagnées par la mission sociale au sein de ses résidences services pour une mise en lien avec les services de droit commun 	

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

La collectivité parisienne est destinataire de signalements de personnes âgées présentant des symptômes psychiatriques. Force est de constater que, en dehors d'une collaboration efficace avec les secteurs psychiatriques et leurs CMP, les intervenants sur le terrain ne disposent d'aucun autre relais pour poser le diagnostic et mettre en place une orientation adaptée pour ces personnes.

En effet, la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ne peut se faire qu'avec une implication et une mobilisation de l'ensemble des acteurs (CMP, médecins traitants, médecins coordinateurs de CLIC, travailleurs sociaux, CLIC Paris Emeraude, établissements et services médico-sociaux...)

Dans ce cadre, l'implication des secteurs psychiatriques est essentielle. A ce sujet, le SROMS envisage un niveau d'implication minimale des psychiatres à la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques mais souhaite la mise en place de formations à la gériatrie (ou à la gérontopsychiatrie) sur chaque secteur de psychiatrie, réalisées par un psychiatre et un infirmier psychiatrique.

De plus, les équipes mobiles gériatriques externes (EMGE) mises en place par l'ARS permettent de réaliser des interventions auprès des personnes âgées résidant en EHPAD et présentant des troubles psychiatriques. Selon les CMP, les EMGE représentent un progrès important du fait de l'analyse pluridisciplinaire de la situation.

Certains EHPAD souhaitent mettre en place des unités spécialisées pour des patients porteurs de troubles psychiatriques. Cette offre répond aux besoins ressentis par les acteurs de la psychiatrie. La question posée est celle de la mise en place d'unités spécialisées ou au contraire du maintien d'une prise en charge dispersée pour ces patients.

OBJECTIFS

- Améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques.

PUBLICS VISÉS

- L'ensemble des professionnels intervenant sur cette problématique.

ACTIONS

ACTION 1	
Travailler avec l'ARS et la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) sur l'évaluation des ressources pour répondre aux troubles psychiatriques des personnes âgées. Identifier les besoins, tant à domicile qu'en établissement.	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une étude épidémiologique sur les modalités de prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques en direction des CMP et des urgences hospitalières - Recenser les modes de fonctionnement des CMP et leur implication sur chaque territoire - Identifier un binôme ressource de premier niveau pour les troubles psychiatriques des personnes âgées (médecin - IDE dans chaque CMP), ou à minima un binôme intersectoriel par filière. - Renforcer les partenariats existants et les légitimer
Pilote	ARS
Partenaires associés	DASES, CMP, AP-HP, tous les intervenants à domicile (SAAD, SSIAD...), les équipes des EHPAD (médecin coordonnateur, infirmiers, psychologues...)
Calendrier	2013-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de l'étude épidémiologique - Estimation de la couverture des besoins par rapport aux besoins identifiés suite à l'étude

ACTION 2	
Concier les moyens dédiés à cette problématique, Soutenir et renforcer l'existant.	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les bonnes pratiques des CMP et encourager leur application : les CMP ont dans leur mission la prise en charge de l'accompagnement de la population âgée de leur secteur (y compris celles qui ne sont pas en mesure de formaliser leur demande) - Soutenir et valoriser le travail des avis psychiatriques des EMGE - Soutenir et valoriser les initiatives existantes au sein des CMP pour les avis sur les troubles psychiatriques des personnes âgées - Veiller à un maillage sans disparités géographiques de la prise en charge - Veiller à la diffusion de l'information auprès des médecins généralistes, des médecins coordonnateurs, des EHPAD, des réseaux, des CLIC, des MAIA, quant à ces différentes ressources - Renforcer le travail en synergie des EMGE et celui d'équipes mobiles de gérontopsychiatrie intersectorielles là où elles sont initialisées - Communiquer sur le rôle de conseil et de soutien des EMGE auprès des EHPAD⁶² - Veiller à l'articulation des EMGE avec les filières gériatriques et avec l'ensemble du système de soins (par exemple accès à des bilans neurologiques) - Veiller à l'apport effectif de la psychiatrie de liaison intra hospitalière en ce qui concerne les personnes âgées vers les services de spécialités et de gériatrie de l'AP-HP - Encourager la signature et l'application effective de conventions entre les EHPAD et les secteurs psychiatriques - Améliorer la formation des personnels des EHPAD et des foyers logements
Pilote	ARS
Partenaires associés	DASES, CHT, CMP, AP-HP, tous les intervenants à domicile (SAAD, SSIAD...), les équipes des EHPAD (médecin coordonnateur, infirmiers, psychologues...), EMGE, SAVS, Unités Mobiles d'Intervention...
Calendrier	2014-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de CMP s'inscrivant réellement dans l'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques - Nombre de conventions entre les EHPAD et les secteurs psychiatriques - Activité des EMGE et nombre de conventions entre EHPAD et EMGE

62 Il n'est pas demandé aux EMGE de s'engager dans un suivi des malades, mais de poser un diagnostic, et de favoriser l'orientation vers le secteur, l'hôpital si nécessaire

ACTION 3		Création par le CASVP d'une unité de liaison et d'interface psychiatrique (ULP) expérimentale à destination de ses EHPAD et résidences services
Mise en œuvre opérationnelle	<p>L'unité de liaison et d'interface psychiatrique aura pour mission de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développer l'interface avec les secteurs psychiatriques - mettre en place des partenariats EHPAD / résidences services / SSIAD / secteurs psychiatriques afin de permettre : <ul style="list-style-type: none"> .l'accueil en EHPAD ou résidence service des patients stabilisés, .le suivi des résidents stabilisés en EHPAD, comme en CMP .des hospitalisations en cas de crise ou pour des périodes de répit. - accompagner la gestion des cas complexes en EHPAD et en résidences services - développer la connaissance réciproque des deux secteurs et une culture commune - développer des échanges de bonnes pratiques autour de staffs cliniques et d'évaluation des pratiques professionnelles - développer des formations théoriques et pratiques à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques - développer des protocoles et des procédures communs - développer des études épidémiologiques et des travaux de recherche médicale 	
Pilote	CASVP	
Partenaires associés	ARS, CMP, EHPAD, résidences services, SSIAD du CASVP	
Calendrier	Mise en place progressive à partir de janvier 2013	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de suivis par les CMP de résidents des EHPAD et résidences services - Nombre de conventions établies avec les secteurs psychiatriques - Nombre de formations mises en place 	

ACTION 4		Organiser régulièrement une réunion de chaque Conseil Local de Santé Mentale sur la thématique de la personne âgée
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Définir la fréquence de ces réunions - Identifier les participants à inviter à ces séances 	
Pilote	ARS	
Partenaires associés	DASES, CMP, tous les intervenants à domicile (SAAD, SSIAD...), Conseil Local de Santé Mentale	
Calendrier	2014-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions du Conseil Local de Santé Mentale, réalisées sur la thématique de la personne âgée 	

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Les immigrés⁶³ représentaient 20,1 % de la population parisienne en 2007⁶⁴.

Cette population d'origine étrangère présente sur le territoire parisien vieillit : 20 % des immigrés ont 60 ans et plus, soit près de 84 000 personnes⁶⁵. Elle s'est également considérablement féminisée⁶⁶ : les femmes qui représentaient 45 % des personnes immigrées à Paris en 1982 constituaient 52 % de la population immigrée parisienne en 2007.

Cette population de migrants âgés est confrontée à un certain nombre de difficultés :

- une maîtrise de la langue française souvent faible
- des difficultés d'accès aux droits
- une situation de précarité souvent plus importante
- un vieillissement précoce et des affections chroniques en raison de conditions de travail précaires, de l'absence de prévention et de suivi médical
- l'inadaptation de certains logements à la prise en charge de la perte d'autonomie. En effet, certains foyers de travailleurs migrants⁶⁷, certaines résidences sociales, ainsi que certains logements en diffus ne permettent pas d'envisager l'intervention de services d'aide et d'accompagnement à domicile, ou la réalisation de travaux d'adaptation du logement à la perte d'autonomie...

Paradoxalement, on constate que la population immigrée résidant à Paris recourt peu aux dispositifs parisiens dédiés au seniors, que ce soient les loisirs, l'aide à domicile, ou l'hébergement collectif pour personnes âgées. Dans le domaine de la santé les migrants âgés participent également très peu aux actions de prévention.

Aussi, afin de répondre aux problématiques spécifiques que rencontrent les migrants âgés, la ville de Paris a mis en place de nombreuses actions soit directement, soit par le biais des associations qu'elle soutient : formations linguistiques, actions d'accès aux droits, médiation socioculturelle, interprétariat dans les services sociaux de la ville, traduction de guides d'information en plusieurs langues, création de 3 cafés sociaux...

Ces actions ont lieu, notamment, sur les différents territoires politiques de la ville que compte Paris.

En effet, la politique de la ville et les diagnostics locaux réalisés dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) se sont attachés à prendre en compte la population des migrants âgés afin d'apporter une réponse à leurs besoins spécifiques.

De même, et toujours à l'échelle territoriale, des groupes de travail portés par les CLIC Paris Emeraude dans les 13^e, 14^e, 15^e et 19^e arrondissements et composés de différents acteurs (CASVP, CRAMIF, associations...) ont étudié les besoins des migrants vieillissants.

L'ensemble des actions en faveur des migrants âgés menées par la collectivité parisienne devra être poursuivie et approfondie dans le cadre du nouveau schéma.

Cet objectif est partagé par l'ARS (SROMS, objectif stratégique n°1, objectif opérationnel n°1-4).

OBJECTIFS

- Mieux connaître les migrants âgés afin d'évaluer les besoins non couverts, notamment ceux des migrants âgés isolés hommes et femmes.
- Prendre en compte l'avancée en âge et la perte d'autonomie des migrants âgés en foyers de travailleurs migrants (les foyers de travailleurs faisant l'objet actuellement d'une transformation dans le cadre du Plan de traitement des Foyers de travailleurs Migrants ou PTFTM) et dans les résidences sociales non adaptées au vieillissement de leurs résidents.

63 Immigré : personne étrangère née à l'étranger et résidant en France, qu'elle ait gardé sa nationalité étrangère ou soit devenue française

64 En dehors des ressortissants de l'Union Européenne, les immigrés résidant à Paris proviennent en majorité du Maghreb (5 % de la population parisienne), d'Asie (3,2 %), et d'Afrique (3,1 %).

65 Ce vieillissement est très variable selon les origines géographiques des immigrés et les vagues migratoires successives. Ainsi 26 % de la population originaire du Maghreb a 60 ans ou plus, contre 12% pour la population, asiatique.

66 En raison du regroupement familial et de l'immigration plus fréquente de femmes seules au cours des dernières décennies

67 Les foyers de travailleurs devant faire l'objet d'une transformation dans le cadre du Plan de Traitement des Foyers de Travailleurs Migrants ou PTFTM

- Prendre également en compte la perte d'autonomie des migrants âgés isolés habitant dans des logements diffus non adaptés.
- Permettre à cette population de bénéficier de conditions d'habitat favorables à l'intervention de services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Développer une meilleure connaissance de l'état de santé des migrants âgés dans l'objectif de mettre en place des actions de prévention adaptées.

PUBLICS VISÉS

- Les migrants âgés parisiens, homme ou femme.
- Les professionnels (institutionnels, acteurs locaux, associations, gestionnaires de foyers ou de résidences sociales...) travaillant auprès des migrants âgés.

ACTIONS

ACTION 1		Améliorer le partage des réflexions et l'évaluation des expérimentations entre professionnels et avec les migrants âgés
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les connaissances acquises et les expérimentations effectuées sur la thématique des migrants âgés à Paris (passées, en cours, et en projet) - Utiliser au mieux et partager les ressources documentaires - Faire participer les migrants âgés à la réflexion 	
Pilote	DASES, DPVI	
Partenaires associés	DASES, DPVI, DLH, CASVP, CLIC Paris Emeraude, Mairies d'arrondissement, gestionnaires de foyers ou de résidences sociales, associations, conseil des parisiens non communautaires, CODERPA	
Calendrier	2013-2016	
Indicateurs d'évaluation	- Réalisation du recensement des ressources existantes sur les migrants âgés	

ACTION 2		Poursuivre les actions entreprises en matière d'accès aux droits et de lutte contre l'isolement social
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Créer deux nouveaux cafés sociaux destinés notamment aux personnes originaires d'Afrique sub-saharienne et d'Asie - Réfléchir aux modalités d'évolution et de diversification des activités proposées par les cafés sociaux en fonction des demandes des usagers (accueils convivialité, animations, vacances...) - Développer des partenariats avec les associations réunissant des migrants âgés ou avec les lieux qu'ils fréquentent, identifier les relais les plus pertinents pour permettre aux migrants âgés résidant dans le secteur diffus un meilleur accès aux droits et aux services - Encourager le développement d'actions en faveur des femmes âgées migrantes isolées, notamment par les cafés sociaux et les CLIC - Favoriser autant que possible l'ancrage local et la pérennité des financements des projets menés en faveur des migrants âgés qui sont des facteurs indispensables de réussite des projets menés pour cette population, qu'il faut prendre le temps d'approcher pour faire émerger ses demandes (actions d'accès aux droits, de prévention santé...) 	
Pilote	DASES, DPVI	
Partenaires associés	ARS, Région, SSDP, DPVI, DASES, DLH, CASVP, gestionnaires de foyers ou de résidences sociales, associations, MIPES	
Calendrier	2012-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture des cafés sociaux - Nombre de partenariats effectifs avec les associations - Nombre de partenariats et d'actions destinées aux femmes 	

ACTION 3	
Mieux prendre en compte les migrants âgés dans les foyers de travailleurs migrants, dans la dynamique du Plan de Traitement des Foyers de Travailleurs Migrants et dans le cadre de leur transformation en résidences sociales	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les migrants âgés réalisant des allers et retours au pays, anticiper l'éventualité de perte de droits et/ou de logement - Approfondir les conditions d'adaptation des résidences sociales à la problématique de la perte d'autonomie et les conditions d'une meilleure prise en compte du vieillissement des résidents au sein des foyers en attente de traitement - Réfléchir à la faisabilité de création de petites unités de vie adaptées aux besoins médico-sociaux des migrants en perte d'autonomie dans le cadre du Plan de Traitement des Foyers de Travailleurs Migrants - En cas de création d'unités de vie adaptées aux migrants en perte d'autonomie, établir des partenariats concrétisés par des conventions entre les résidences et les services d'aide à domicile et/ou les SSIAD - Former les intervenants à domicile aux problématiques spécifiques des migrants âgés
Pilote	Gestionnaires de foyers et résidences sociales, DLH, DASES, DPVI
Partenaires associés	CNAV, CAF, SSSP, CASVP, résidences sociales, associations
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de logements adaptés/adaptables en résidences sociales (DLH) - Nombre de projets de petites unités de vie adaptées à l'accueil de travailleurs migrants âgés mis en place (DLH) - Orientations adaptées des migrants âgés lors des diagnostics sociaux et des MOUS relogement accompagnant le traitement des FTM (DLH et DPVI, Plan de Traitement des Foyers de Travailleurs Migrants)

ACTION 4	
Développer les actions en faveur de la prévention - Santé des migrants âgés	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser les contacts entre les structures menant des actions de prévention santé (ateliers santé ville, caisses de retraite et plan PAPA⁶⁸ de la CNAV, CLIC Paris Emeraude...) avec les associations regroupant des migrants âgés pour permettre aux migrants âgés soit d'accéder de façon médiatisée (traduction...) aux actions générales de prévention, soit de bénéficier d'actions spécifiques - Mettre en place une convention avec les acteurs de la santé et de la prévention du territoire afin d'inscrire le financement des actions de prévention/santé en faveur des migrants âgés dans la durée - Se donner les moyens de mieux connaître l'état de santé des migrants âgés vivant en habitat collectif en réalisant une étude migrants et santé, à partir d'un échantillon de foyers pilotes - Dans le respect de la réglementation, créer une structure dédiée à l'accueil temporaire des personnes âgées convalescentes
Pilote	DASES, DPVI
Partenaires associés	CNAV, SDS, CLIC Paris Emeraude, SSSP, DPVI, DLH, CASVP, ateliers santé ville, ARS, gestionnaires de foyers ou de résidences sociales, associations, caisses de retraite
Calendrier	2012-2016
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de la convention - Réalisation de l'étude sur l'état de santé des migrants âgés vivant en habitat collectif

68 Plan PAPA : Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées.

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

On constate aujourd'hui une augmentation rapide de l'évolution de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap (34 % des bénéficiaires de l'AAH, 45 % des bénéficiaires de la PCH et 54 % des bénéficiaires de l'ACTP ont plus de 50 ans). Par ailleurs, la plupart des études mettent en exergue un début de vieillissement fréquent vers l'âge de 40 ans. Ce vieillissement précoce pouvant entraîner le développement d'autres pathologies (le vieillissement des personnes souffrant de trisomie se traduit pour plus de 50 % d'entre elles par le développement de la maladie d'Alzheimer et de troubles sévères du comportement).

Afin d'anticiper les réponses nécessaires il est donc fondamental d'identifier précisément les besoins liés à ce vieillissement, d'une part dans les situations de précocité du processus de vieillissement, et d'autre part par rapport à la spécificité qu'entraînent les effets du vieillissement sur une personne en situation de handicap âgée de 60 ans et plus.

Par ailleurs, la question de l'avancée en âge et de la perte d'autonomie est prégnante au sein des établissements existants. En établissements 66 % des résidents en FAM, 49 % des résidents en foyer d'hébergement et 21 % des résidents en foyer de vie ont plus de 50 ans. Cette question est transversale à toutes les situations de handicap.

Actuellement, un seul établissement (60 places) spécialisé pour les personnes âgées en situation de handicap mental existe à Paris. Néanmoins, 103 places nouvelles destinées à ce public ouvriront d'ici 2015.

D'autres projets dont les ouvertures interviendront à partir de 2013 s'adressent à des publics spécifiques parmi les personnes en situation de handicap vieillissantes (handicap psychique, polyhandicap, IMC).

OBJECTIFS

- Repérer de façon générale les personnes handicapées vieillissantes le plus en amont possible.
- Mieux identifier les adultes en situation de handicap vivant avec des parents eux-mêmes âgés, ainsi que les personnes isolées, afin de pouvoir mettre en place l'accompagnement nécessaire des uns et des autres.
- Prendre en compte les spécificités liées au vieillissement pour adapter l'offre des services d'accompagnement (SAAD, SAVS, SAMSAH).
- Renforcer l'accompagnement des personnes en situation de handicap avançant en âge et en perte d'autonomie en établissements.

PUBLICS VISÉS

- Les personnes handicapées vieillissantes, isolées ou vivant avec des personnes âgées et les personnes accueillies en établissement.

ACTIONS

ACTION 1		Soutenir la vie à domicile
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux identifier les personnes en situations d'isolement (cf. fiche action 14) - Sensibiliser les équipes EMS-APA, les CLIC Paris Emeraude, les acteurs de la vie à domicile et les interlocuteurs de proximité (médecins, pharmaciens, commerçants de proximité, gardiens d'immeuble...) au repérage des personnes handicapées vieillissantes, isolées, mais aussi des aidants âgés. - Mettre en œuvre des campagnes de communication. - Mettre en place un protocole de « signalement » de situations difficiles aux services sociaux du département et à la MDPH. - Coordonner les intervenants en prenant appui sur les pratiques développées par les acteurs du secteur gérontologique. - Etudier la faisabilité d'une organisation avec les CLIC-Paris Emeraude permettant de suivre les cas complexes. - Mettre à disposition des personnes handicapées mentales vieillissantes des logements adaptés adossés à un SAMSAH. - Développer une offre de loisirs et de séjours adaptés. 	
Pilote	DASES	
Partenaires associés	DLH, MDPH, CLIC Paris Emeraude, équipes EMS-APA, bailleurs...	
Calendrier	2013-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes « signalées » (cf. protocole de signalement des situations difficiles). - Nombre de situations complexes traitées 	

ACTION 2		Adapter l'offre en établissements pour personnes en situation de handicap avançant en âge et en perte d'autonomie
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Médicaliser des places au sein des foyers de vie (10 à 15 %) pour accompagner la perte d'autonomie. - Transformer partiellement des places de foyer d'hébergement en foyer de vie - Expérimenter la création d'une unité FAM adossée à un EHPAD en maintenant la mission de soutien des acquis - Mobiliser le plan Alzheimer au sein des FAM (FAM renforcé) pour la prise en charge de personnes en situation de handicap atteintes de la maladie d'Alzheimer (mise en place d'unités type PASA ou UHR) - Faire intervenir des SSIAD au sein des foyers d'hébergement 	
Pilote	DASES, ARS	
Partenaires associés	Associations gestionnaires, établissements, EHPAD, SSIAD	
Calendrier	2013-2016	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'unités FAM créées au sein des foyers de vie - Création d'une unité FAM adossée à un EHPAD - Nombre de FAM renforcés pour personnes en situation de handicap atteintes de la maladie d'Alzheimer - Nombre d'heures d'intervention des SSIAD au sein des foyers d'hébergement - Nombre de logements adaptés adossés à un SAMSAH mis à la disposition de handicapés mentaux vieillissants 	

ANNEXES

BILAN DU SCHÉMA 2006-2011 « PARIS ET SES AINÉS »

SOMMAIRE

Axe : Méthodes.....	106
Axe A : Mieux vivre le temps de la retraite à Paris	109
Axe B : Accompagner le temps de la perte d'autonomie à domicile	117
Axe C : Des lieux de vie alternatifs au domicile.....	127
Axe D : Problématiques transversales	133

AXE : MÉTHODES

FICHE 1

SUIVI DE LA POLITIQUE GÉRONTOLOGIQUE ET DISPOSITIF D'INFORMATION DES PARISIENS

Objectif :

Développer des outils de suivi et de communication sur la politique gérontologique Parisienne.

Actions prévues :

1. Mettre en place un comité de suivi et d'évaluation qui accompagnera le lancement et la mise en œuvre des actions et de leur suivi et sera doté de moyens d'études.
2. S'assurer que chaque mesure lancée s'accompagne d'outils de suivi et d'indicateurs permettant d'évaluer l'action menée et ses effets en amont et en aval de cette dernière
3. Mieux informer les Parisiens sur les dispositifs les concernant, au travers :
 - de l'édition d'un guide abordant l'ensemble des questions liées à l'avancée en âge (de la retraite à la perte d'autonomie)
 - de la refonte de la rubrique « seniors » sur le site internet paris.fr
 - du journal « Paris Info Seniors », et de la lettre du CODERPA
 - de la présence de points d'informations dans les salons et forums thématiques et généralistes
 - du renforcement des liens entre les CLIC Paris Emeraude et les Mairies d'arrondissement

Actions réalisées :

- **Un comité de pilotage annuel ainsi qu'un comité inter direction des EHPAD ont été mis en place.**
 - **De 2006 à 2008, un forum «seniors» a été organisé chaque année, en général sur le parvis de l'Hôtel de Ville. Ces forums ont permis aux Parisiens seniors de rencontrer un grand nombre d'associations et d'acteurs proposant activités et services à leur attention. Depuis 2009, ce salon a été remplacé par des salons décentralisés en Mairies d'arrondissements, organisés à l'initiative des Mairies en partenariat avec les CLIC Paris Emeraude.**
 - **Un guide « Paris et ses aînés » a été publié. Il recense de manière quasi exhaustive l'ensemble des prestations, services, points ressources, adresses utiles, proposés aux personnes âgées et à leurs aidants. En parallèle, des affiches reprenant les principaux services utiles aux personnes âgées ont été déclinées par arrondissements et diffusées en local.**
 - **La rubrique seniors.paris.fr a été révisée et un agenda des solidarités a été créé sur paris.fr.**
 - **La liste des EHPAD et leurs « infos pratiques » sont désormais disponibles sur paris.fr.**
- Des plaquettes sur l'hébergement temporaire ont été diffusées par le CODERPA.**

FICHE 2

ARTICULER LE SCHÉMA GÉRONTOLOGIQUE ET LE SCHÉMA HANDICAP DE LA VILLE DE PARIS

Objectifs :

Repérer systématiquement les synergies possibles et les stratégies d'action communes entre les secteurs gérontologique et du handicap.

Actions prévues :

1. Identifier dans les deux schémas, les actions poursuivant un objectif commun et repérer les mises en synergie possibles des acteurs et des moyens.
2. Faciliter le rapprochement entre les opérateurs de soutien à domicile intervenant dans ces deux secteurs.

Actions réalisées :

- **Le PAM 75 a été ouvert aux bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), GIR 1 à 4. Il est particulièrement adapté aux besoins des personnes âgées souffrant de troubles moteurs.**

6 952 personnes âgées de plus de 65 ans étaient inscrites au PAM 75 au 3 février 2012. Elles représentaient 48,2 % des inscrits à ce service.

Le nombre de bénéficiaires de la PCH pris en charge par les structures d'aide à domicile autorisées et tarifées, dont le public principal est les personnes âgées, est en progression constante depuis 2006. En 2011 ont été réalisées au titre de la PCH 241 684 heures, soit 17 % de leur activité.

- **Après des travaux préparatoires en 2011, l'Association des Paralysés de France est tarifée par le département de Paris depuis 2012 et l'association GIHP est en cours de tarification.**

FICHE 3

DÉVELOPPER LES OUTILS DE RÉGULATION ET DE COOPÉRATION POUR L'ENSEMBLE DES OPÉRATEURS INTERVENANT AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Objectifs :

Mettre en place des lieux d'échanges de pratiques, de réflexion et de coordination entre les professionnels et les institutions concernées. Faciliter les coordinations et le partenariat, en positionnant la DASES comme instance participant à l'animation de ce secteur.

Actions prévues :

1. Faciliter la tenue d'une «Conférence gérontologique» annuelle destinée aux professionnels du secteur.
2. Mettre en place des groupes de travail plus spécifiques, regroupant :
 - directeurs et médecins coordonnateurs d'EHPAD
 - directeurs de centres d'accueil de jour/hébergement temporaire
 - responsables de réseaux de santé spécialisés
 - représentants d'associations d'aide à domicile
 - bailleurs publics...

Actions réalisées :

- **Depuis 2007, cinq conférences gérontologiques ont été organisées chaque année, à destination des professionnels de la gérontologie, sur les thèmes suivants : « Vieillir dignement », « Les relations ville-hôpital », « Publics spécifiques, prises en charge spécifiques ? », « Bien vieillir à domicile, quels défis ? », « Santé, vitalité, bien être, les trois clefs du bien vieillir ».**
- **Des réunions fréquentes ont été mises en place entre la DASES et l'association des Centres d'accueil de jour.**

Un groupe de travail a été réalisé sur les PUV. L'identification des normes et bonnes pratiques applicables dans les PUV a facilité par la suite l'élaboration des CCTP des appels à projets.

Des groupes de travail ont été réalisés avec les gestionnaires et directeurs des établissements d'hébergement temporaire. Cela a notamment permis d'identifier un besoin d'hébergement temporaire spécifique au répit des aidants Alzheimer. En effet, les structures existantes avaient des difficultés à intégrer cet aspect de la prise en charge (cf. bilan fiche B7).

FICHE A1

PRÉPARATION À LA RETRAITE - DÉVELOPPER L'INFORMATION SUR LE TEMPS DE LA RETRAITE

Objectifs :

Permettre au grand public d'anticiper le temps de la retraite, en étant mieux informé sur ses droits d'une part, et sur le nécessaire réaménagement de son projet de vie d'autre part.

Actions prévues :

1. Pérenniser le rendez-vous annuel des «Rencontres Parisiennes de la Retraite Active».
2. Sensibiliser les DRH des entreprises et institutions publiques à un travail de réflexion sur la préparation à la retraite des plus de 55 ans.
3. Décliner l'organisation de «forums thématiques» décentralisés dans les arrondissements (Mairie de Paris ou partenaires).
4. Améliorer la connaissance de stages de préparation à la retraite existants.
5. Expérimenter une offre spécifique d'ateliers d'accompagnement à la retraite par la ville (CASVP), en lien avec les partenaires.

Actions réalisées :

- **Ces actions ont été peu réalisées car en grande partie hors du champ de compétences du département.**
- **Depuis 2006, les clubs Emeraude ont organisé 10 ateliers gratuits « Bien vivre sa retraite » comprenant chacun 7 séances de 2 heures.**
- **Des forums d'information ont eu lieu dans les Mairies d'arrondissements (cf. bilan fiche A1).**

FICHE A2

PRÉPARATION À LA RETRAITE - DÉVELOPPER L'INFORMATION ET L'ACCOMPAGNEMENT CIBLÉ DES POPULATIONS PRÉCAIRES SUR LE PASSAGE À LA RETRAITE

Objectifs :

Il s'agit d'accompagner les futurs retraités en situation de précarité ou en risque d'exclusion dans l'accès aux nouveaux droits à l'âge de la retraite.

Actions prévues :

1. Sensibiliser les travailleurs sociaux à la problématique de l'avancée en âge.
2. Définir des procédures de repérage, d'information (statut du retraité, accès aux droits, à la prévention, à la santé) et d'accompagnement de ces publics, notamment dans les points d'accès aux droits.
3. Concevoir les informations collectives pour ce public.
4. Elaborer un accompagnement individualisé ou collectif.

Actions réalisées :

- **Création d'un guide multilingue pour les migrants âgés afin de faciliter leur accès aux droits.**

FICHE A3

OFFRE DE LOISIRS ET D'ACTIVITÉS – DÉVELOPPER LES LIENS INTERGÉNÉRATIONNELS

Objectifs :

Favoriser le développement de relations intergénérationnelles durables.

Actions prévues :

1. Poursuivre le développement de partenariats et d'activités entre les aînés des clubs et les jeunes des écoles ou centres de loisirs. L'objectif visé étant d'établir au moins un partenariat par arrondissement.
2. Organiser un concours avec les étudiants des écoles d'art, d'architecture intérieure... autour d'un projet de réaménagement de clubs du CASVP, en lien étroit avec leurs usagers. Les projets primés pourront être mis en œuvre.
3. Faire le bilan avec les centres d'animations et les ateliers de la ville de Paris de la participation du public âgé et, si besoin, en améliorer l'accès.
4. Accompagner et développer les activités de rencontres entre les générations à domicile, auprès de personnes âgées isolées. Modéliser ces types de partenariat et les développer sur d'autres arrondissements parisiens.
5. Développer les liens intergénérationnels dans les EHPAD et favoriser, notamment, la création de crèches.
6. Sensibiliser des associations de jeunes et d'étudiants à la question des personnes âgées afin qu'elles proposent des actions en leur faveur.

Actions réalisées :

- **Le département a apporté, chaque année, un soutien financier aux associations intervenant dans ce domaine (68 169 € de subventions versées en 2011).**
- **La semaine bleue a été mise en place dans les clubs. Une cinquantaine de partenariats avec des écoles, centres de loisirs, crèches, associations, foyers ont été établis dont la majorité est pérenne et se poursuit tout au long de l'année.**
- **En 2010, 13 volontaires du service civil volontaire ont été affectés au CLIC Paris Emeraude et ont notamment effectué des visites au domicile des personnes âgées.**
- **La ville de Paris a apporté son soutien aux actions de cohabitation intergénérationnelle, en rédigeant en 2010 une « charte de la cohabitation intergénérationnelle » et en soutenant financièrement les associations qui mettent en contact les jeunes en recherche de logement et les personnes âgées intéressées par ce dispositif.**

FICHE A4

OFFRE DE LOISIRS ET D'ACTIVITÉS – PERMETTRE AUX USAGERS D'ÊTRE ACTEURS DE LA DÉFINITION DE L'OFFRE CULTURELLE ET DE LOISIRS DU CASVP

Objectifs :

Donner la possibilité aux usagers de s'exprimer et d'être acteurs de l'offre de services les concernant. Faciliter l'accès à cette offre.

Actions prévues :

1. Étudier la faisabilité d'un « Passeport Paris Seniors » pour tous les usagers des activités culturelles, de loisirs et de prestations du CASVP. Ce « passeport annuel » doit faciliter l'accès et l'information des usagers aux activités et prestations du CASVP.
2. Si sa pertinence est avérée, consulter les détenteurs du « Passeport Paris Seniors » (usagers des clubs, de l'Université Permanente de Paris...) et les membres du CODERPA sur les évolutions et les programmations de l'offre culturelle et de loisirs. Adapter l'offre culturelle et de loisirs régulièrement, en fonction des attentes du public.

Actions réalisées :

• La ville de Paris :

- a mis en place des actions, visant à favoriser l'accès des personnes âgées aux activités culturelles (ex : tarifs réduits pour les expositions temporaires).
- a apporté un soutien important à la dynamique associative portée par et pour les seniors notamment en organisant le prix des « initiatives de la bienveillance », auquel a succédé en 2011 les Trophées seniors), récompensant les meilleures initiatives.
- En 2011, près de 807 000 euros ont été consacrés au soutien de 77 associations intervenant auprès de personnes âgées. Les principales actions de ces associations portent sur le lien social, la santé et la prévention, le sport, les loisirs et la culture, le bénévolat, l'intergénérationnel et la sensibilisation aux nouvelles technologies.

FICHE A5

OFFRE DE LOISIRS ET D'ACTIVITÉS – FACILITER L'ACCÈS AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES

Objectifs :

Adapter l'offre sportive aux aînés et la rendre plus accessible à ce public.

Actions prévues :

1. Adapter et diversifier les activités physiques (sports aquatiques, gymnastique douce...) et les établissements (accessibilité, créneaux horaires dans la journée, sièges de repos...) aux personnes âgées.
2. Former le personnel d'encadrement des activités physiques aux spécificités des publics seniors, fragiles et à risques.

Actions réalisées :

- **La carte « Seniors + » a été mise en place, en 2010, afin de permettre aux seniors (plus de 55 ans) de bénéficier de cours adaptés dans de nombreuses disciplines.**
- **Les clubs Emeraude ont organisé 26 stages de découverte du Tai chi chuan entre 2006 et 2009.**
- **Une collaboration entre le CASVP et la DJS a permis de réserver des créneaux dans certains gymnases afin de proposer des cours de gymnastique adaptés aux seniors.**

FICHE A6

PRÉVENTION DE PROXIMITÉ - PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE EN INCITANT À LA GESTION DU CAPITAL SANTÉ

Objectifs :

Améliorer la prévention, en renforçant la synergie entre bilans de santé, consultations mémoire, consultations gériatriques... afin d'inciter les personnes âgées à utiliser ces dispositifs. Veiller à la bonne articulation des actions du schéma directeur gérontologique et du SROMS.

Actions prévues :

1. Coordonner les actions de prévention de la perte d'autonomie et de gestion du capital santé afin de mutualiser les supports d'information existants. Envisager une campagne de sensibilisation avec l'ensemble des partenaires.
2. Inciter et accompagner les Mairies d'arrondissements à concevoir des parcours de prévention, à informer sur les dépistages et les bilans de santé.

Actions réalisées :

- **Les clubs Emeraude ont organisé des actions de prévention santé dans le cadre des clubs santé : animations santé mémoire, ateliers de prévention de chutes, ateliers échanges santé (rencontre avec des professionnels de la santé sur des thèmes d'actualité). Ces actions ont compté plus de 2 000 participants chaque année.**
- **Les CLIC Paris Emeraude ont organisé des conférences et des ateliers d'activités physiques destinés à prévenir le vieillissement et à lutter contre l'isolement. Ces actions ont porté sur des thèmes relatifs à la prévention et à la santé : nutrition, prévention des chutes, entretien de la mémoire, sécurité au domicile et dans la rue...**
- **Des associations œuvrant dans ce domaine ont été soutenues par la ville de Paris pour l'organisation d'actions de prévention collectives ou d'activités physiques adaptées pour les personnes âgées**

FICHE A7

CRÉER LES CONDITIONS D'UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE EN MILIEU URBAIN - FACILITER LA MOBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA VILLE

Objectifs :

Permettre aux personnes âgées de cheminer dans la ville et d'accéder de manière adaptée aux équipements culturels et de loisirs.

Actions prévues :

1. Prendre en compte les besoins des personnes âgées dans le choix du mobilier urbain, dans le cadre du Schéma directeur d'accessibilité de la voirie.
2. Faciliter le cheminement dans la ville par un mobilier urbain adapté aux personnes âgées (bancs, sièges dans les marchés, les bâtiments publics, les jardins.).
3. Faciliter la mobilité des aînés en perte d'autonomie dans Paris, par une signalisation adaptée : en maintenant une signalétique visuelle de surface (plans, panneaux indiquant les lieux publics.) et en créant un lien Internet entre les outils informatiques qui existent (Infomobi et Handimap).
4. Faciliter la mobilité des personnes âgées dans les jardins.
5. Accroître l'accessibilité des musées : prévoir un module de sensibilisation des personnels des institutions culturelles de la ville à l'accueil des personnes âgées (articulation avec la formation existante sur l'accueil des personnes handicapées).

Actions réalisées :

- **Un partenariat avec la Préfecture de Paris a été mis en place dans le cadre de « la campagne de prévention et de sensibilisation des publics les plus vulnérables aux accidents survenant sur la voie publique » avec la DVD⁶⁹ et le CASVP.**
- **Des conférences animées par deux fonctionnaires de police ont été organisées dans les vingt clubs seniors d'octobre à décembre 2007 et deux conférences gratuites ont été intégrées au programme du printemps 2008 de l'Université permanente de Paris.**
- **La Direction de la Voirie et des Déplacements a édité une plaquette prévention conseils et bonnes pratiques à destination des seniors. Ces plaquettes ont été distribuées dans les CLIC Paris Emeraude, les sections du CASVP, les clubs et les résidences.**
- **La collectivité parisienne a mis en place un Centre de Ressources de l'Accessibilité Pour Tous (CRAPT) dont l'objet est de réaliser un diagnostic exhaustif du degré d'accessibilité des bâtiments gérés par la ville de Paris et de proposer une définition commune à toutes les directions des niveaux d'accessibilité des bâtiments de la collectivité.**

69 DVD, Direction de la Voirie et des Déplacements

FICHE A8

CRÉER LES CONDITIONS D'UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE EN MILIEU URBAIN - DÉVELOPPER LE TRANSPORT ET L'ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ

Objectifs :

Répondre aux besoins en déplacement et en accompagnement des personnes âgées.

Actions prévues :

1. Mettre en place la télé-billettique sur les cartes de transports financées par la ville (CASVP) :
 - permettre le remplacement des cartes perdues ou volées ;
 - analyser l'utilisation effective de l'offre de transports en vue de son adaptation aux besoins et priorités dégagées.
2. Dresser un bilan de l'ouverture de PAM aux personnes âgées et si besoin faire évoluer les critères d'accès et le service.
3. Elaborer un document sur les bonnes pratiques d'accompagnement des personnes désorientées ou dépendantes, en collaboration avec les professionnels du transport. Utiliser cet outil comme support de sensibilisation des partenaires.
4. Lancer un appel à projet pour le développement à Paris d'un accompagnement véhiculé ou non, des personnes désorientées.

Actions réalisées :

- **La mise en place de la télé-billettique a fait l'objet d'études et de négociations menées par le CASVP avec le STIF. Les bénéficiaires de la carte de transport gratuits seront dotés du passe NAVIGO à compter du 2^e semestre 2012**
- **Le PAM 75 a été ouvert aux bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), GIR 1 à 4. Il est particulièrement adapté aux besoins des personnes âgées souffrant de handicap moteur.**

Le règlement régional du PAM autorise l'accompagnement des bénéficiaires du PAM par des accompagnateurs personnels. Dans le cas où cet accompagnement est indispensable et confirmé par un certificat médical, l'accompagnateur ne paie pas son trajet. Dans le cas contraire, il paie sa place.

- **Les conducteurs du PAM ont bénéficié d'une formation sur l'accompagnement des personnes désorientées de deux jours dans les centres d'accueil de jour (CAJ).**

AXE B : ACCOMPAGNER LE TEMPS DE LA PERTE D'AUTONOMIE À DOMICILE

FICHE B1

MIEUX ARTICULER LES DISPOSITIFS DE SOUTIEN À DOMICILE - MIEUX COORDONNER LES DISPOSITIFS D'ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE

Objectifs :

Viser à une reconnaissance mutuelle des procédures et des outils des différents opérateurs. Se doter de « gestionnaires de cas » pour les situations complexes, nécessitant le recours à des professionnels des secteurs médico-social et sanitaire.

Actions prévues :

1. Développer la connaissance des deux dispositifs (APA et Aide sociale) par :
 - la mise à disposition de plaquettes d'information dans les lieux publics (Mairies d'arrondissement, CASVP, CLIC Paris Emeraude, AP-HP, professionnels de santé...);
 - l'installation d'un point d'information dans les forums organisés dans les Mairies d'arrondissement.
2. Créer un groupe de pilotage visant à :
 - harmoniser les outils d'évaluation des besoins de la personne âgée à domicile ;
 - globaliser le champ de l'évaluation ;
 - s'engager sur une reconnaissance mutuelle des évaluations entre organismes financeurs.
3. Améliorer le système d'informations administratives sur l'APA, afin de permettre une mise à disposition et le retour des formulaires APA par voie électronique, pour les usagers.
4. Mettre en place à titre expérimental à Paris un service spécialisé de « gestionnaire de cas complexes » à destination des publics les plus difficiles. Après deux ans d'existence, évaluer la pertinence de ce dispositif et sa modélisation pour un développement plus large.

Actions réalisées :

- **Afin de limiter le nombre d'évaluations auxquelles sont soumises les personnes âgées, la CNAV et la DASES ont signé une convention de reconnaissance mutuelle des évaluations.**
- **Les CLIC ont conçu et diffusé des plaquettes d'information sur les différents moyens de financement de l'aide à domicile et les différents mode de prise en charge des bénéficiaires de l'APA (services prestataires, mandataires , emploi direct...)**
- **Depuis novembre 2011, le département de Paris a créé une nouvelle aide extra-légale qui porte le niveau d'exonération de toute participation au financement de l'APA de 710,31 € à 975,35 €. Par ailleurs, les personnes dont le revenu de référence est compris entre 975,35 € et 1 219,18 € verront leur participation au plan d'aide APA diminuée. Ces mesures devraient bénéficier à 5 500 personnes âgées percevant l'APA.**
- **Afin d'avoir un meilleur suivi des plans d'aide et de moderniser les moyens de paiement, le département de Paris a lancé, la mise en place du CESU et de la télégestion.**
- **La CNSA a lancé un appel à projet pour les structures expérimentales de gestion de situations individuelles complexes de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le projet de la MAIA 20ème a été retenu à Paris en 2009 et il a été labellisé par la CNSA à la fin de l'expérimentation.**

FICHE B2

MIEUX ARTICULER LES DISPOSITIFS DE SOUTIEN À DOMICILE - RENFORCER LES CLIC PARIS EMERAUDE

Objectifs :

Valoriser l'action des CLIC Paris Emeraude, les soutenir dans leur effort de qualification, les aider à se positionner comme le maillon central de l'information gériatologique et de la coordination des actions à destination des personnes âgées.

Actions prévues :

1. Améliorer la visibilité et l'accès des Points Paris Emeraude:
 - en renforçant leur communication et éventuellement en les rebaptisant,
 - en mettant en œuvre un programme d'implantation dans des locaux attractifs,
 - en mettant en place une permanence d'accueil régulière et accessible.
2. Mettre en place un groupe de travail chargé d'étudier les conditions d'une meilleure présence au sein des arrondissements et si nécessaire développer des antennes de proximité.
3. Formaliser sur tout Paris les partenariats entre les CLIC Paris Emeraude, les réseaux de santé et les professionnels de santé.

Actions réalisées :

- **Une réforme des Points Paris Emeraude a été préparée de 2009 à 2011 et mise en place début 2012. Ses axes principaux sont les suivants :**
- **Les PPE s'appellent désormais CLIC Paris Emeraude.**
- **Leurs territoires, réduits de 15 à 6, ont été déterminés, en fonction de la démographie des Parisiens âgés de plus de 75 ans, du nombre des bénéficiaires de l'APA et en tenant compte également des territoires des filières gériatriques et des réseaux de santé.**
- **Les équipes ont été renforcées pour assurer pluridisciplinarité et continuité de l'accueil du public.**
- **Les gestionnaires ont été retenus sur la base d'un appel à projet.**
- **Le cahier des charges de cet appel à projet a redéfini et donné un cadre unique aux missions des CLIC Paris Emeraude. Leur mission de coordination gériatologique a été affirmée, de même que la nécessité d'un travail en partenariat formalisé avec tous les partenaires de la gériatologie sur le territoire (réseaux de santé, SAAD ET SSIAD, établissements médico-sociaux, filières gériatriques...)**

FICHE B3

DÉVELOPPER LA QUALITÉ DU SOUTIEN À DOMICILE - GARANTIR LA QUALITÉ DES SERVICES À DOMICILE

Objectifs :

Garantir la qualité des services à domicile et permettre aux prescripteurs de se référer à un «label qualité Paris».

Actions prévues :

1. Renforcer la visibilité du cahier des charges qualité (délibération du Conseil de Paris du 26 septembre 2005), comme support des avis du département de Paris au CROSMS pour les autorisations et les agréments de services à domicile.
2. Créer un «label qualité Paris» pour les services agréés ou autorisés intervenant au domicile des personnes âgées :
 - élaboration d'un cahier des charges du label,
 - mise en place de la labellisation, du suivi et du contrôle,
 - valorisation et communication sur les structures labellisées,
 - promotion et soutien des structures certifiées.
3. Poursuivre l'amélioration de la qualité des associations prestataires habilitées à l'aide sociale, grâce notamment au renouvellement d'une convention de modernisation.
4. Soutenir le recours au bénévolat, en encourageant la signature de conventions entre services à domicile et associations de bénévoles.

Actions réalisées :

- **Deux conventions de modernisation et de professionnalisation des services prestataires ont été conclues avec l'UNA, l'ADMR et la CNSA en 2006. Elles se sont appliquées aux 16 services d'aide à domicile Parisiens habilités à l'aide sociale et ont porté sur**
 - La certification des services
 - La qualification des personnels
 - La mise en place de tutorat et de groupes de paroles pour les intervenantes
 - L'expérimentation de la garde itinérante de nuit
- **Mise en place en 2008 de la tarification des services autorisés et habilités à l'aide sociale**
- **Afin d'encourager la démarche de modernisation et professionnalisation, le département de Paris a apporté un soutien financier aux services d'aide à domicile habilités à l'aide sociale.**

FICHE B4

DÉVELOPPER LA QUALITÉ DU SOUTIEN À DOMICILE - ASSURER LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

Objectifs :

Modéliser les relations institutionnelles entre les différents intervenants. Repérer les dysfonctionnements. Y apporter des propositions de solution, en ayant comme objectif premier la qualité de vie et de prise en charge des personnes âgées.

Actions prévues :

1. Renforcer l'intégration, les partenariats et la mutualisation entre services d'aide et de soins à domicile (SSIAD, IDE libérales, HAD) par :
 - la création de nouveaux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (décret n° 2005-1135)
 - la signature de protocoles d'accord entre SAD, SAAD, et SSIAD
 - le partenariat avec des services de soins (point à vérifier lors de l'autorisation /agrément de ces structures).
2. Poursuivre l'élaboration de protocoles entre les hôpitaux, les CLIC Paris Emeraude et les services intervenant à domicile pour organiser les sorties d'hôpital en s'appuyant notamment sur la prestation d'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) proposée par la CNAV.
3. Développer l'HAD et sa complémentarité avec les SSIAD, faciliter son intervention dans les foyers logement.

Actions réalisées :

- **Actuellement, 13 des services d'aide à domicile sur les 16 tarifés par le département de Paris sont des SPASAD (SAAD+ SSIAD)**

FICHE B5

DÉVELOPPER LA QUALITÉ DU SOUTIEN À DOMICILE - DÉVELOPPER DES SERVICES SPÉCIALISÉS INTERVENANT AUTOUR ET/OU À DOMICILE

Objectifs :

Permettre aux personnes en perte d'autonomie de vivre dans de bonnes conditions à domicile, et répondre aux situations d'urgence rencontrées par les professionnels ou l'entourage.

Actions prévues :

1. Organiser des prestations de garde/veille de nuit itinérantes pour les personnes âgées à domicile (convention de modernisation de l'aide à domicile).
2. Expérimenter une équipe mobile d'urgence en cas d'appel de détresse psychologique d'une personne âgée, en lien avec les urgences médicales (SAMU de Paris).
3. Encourager la création expérimentale de plateformes de services en bas d'immeubles, hébergeant une population vieillissante. Lieux d'accueil et de convivialité, proposant de nouveaux services d'accompagnement de la personne âgée à domicile sur les plans physique, du bien-être psychique et du lien social (aide administrative, petit dépannage, activités culturelles ou de loisirs.). Modéliser l'expérience et la développer.
4. Favoriser le développement d'offres culturelles, d'animations conviviales intervenant en parallèle de l'accompagnement médico-social.

Actions réalisées :

- **Les SAAD de l'UNA Paris XII, de la SAM AREPA et de la Fondation Maison des Champs ont expérimenté des gardes itinérantes de nuit dans le cadre de la convention de modernisation. Ces expérimentations doivent faire l'objet d'une évaluation par la CNSA que le département de Paris complétera éventuellement avec une étude plus précise.**
- **Le SSIAD Domidom, situé dans le 9^e arrondissement, a été mis en place pour prendre en charge des personnes âgées ou handicapées, atteintes de maladies neurologiques invalidantes, de pathologies cancéreuses ou ayant besoin de soins palliatifs. Ce SSIAD peut prévoir jusqu'à quatre passages par jour et le temps d'intervention unitaire est plus long qu'en SSIAD « classique ».**
- **En 2009, dans le cadre d'un appel à projet, la Fondation Maison des Champs a mis en place un « Carrefour des solidarités » dans le 19^e arrondissement qui propose plusieurs types d'actions (petit bricolage, assistance administrative, téléassistance, aide à domicile, accompagnement à l'extérieur...) et s'adresse aux personnes âgées en situation de handicap et/ou de fragilités.**

FICHE B6

DÉVELOPPER LA QUALITÉ DU SOUTIEN À DOMICILE - FORMER, SOUTENIR ET VALORISER LES MÉTIERS ET LES ACTEURS DE L'AIDE À LA PERSONNE INTERVENANT AUPRÈS DES AINÉS

Objectifs :

Continuer à augmenter le niveau de qualification du personnel d'intervention, en particulier sur des problématiques difficiles (Alzheimer, fin de vie...) et valoriser ces métiers du domicile.

Actions prévues :

1. Inciter à la qualification des personnels au sein des structures intervenant au domicile, en lien avec le «label qualité Paris» (cf. fiche B3).
2. Poursuivre la formation des personnels intervenant au domicile aux problématiques de la maltraitance, de la maladie d'Alzheimer, des troubles psychiques, de la fin de vie, de la dénutrition...
3. Accroître les actions de soutien des salariés des structures intervenant au domicile avec des groupes de paroles, un encadrement de proximité grâce notamment à la convention de modernisation de l'aide à domicile.
4. Dans le cadre de la Maison de l'Emploi :
 - promouvoir et valoriser les métiers de l'aide à la personne intervenant auprès des aînés Parisiens
 - encourager la qualification et le recrutement des demandeurs d'emploi (actions collectives, fiches de poste, témoignages...)

Actions réalisées :

- **Les conventions de modernisation et de professionnalisation des services prestataires ont permis la mise en place de démarches qualité et la formation du personnel (l'objectif était qu'au moins 20 % du personnel soit qualifié. Il a été atteint par 15 SAAD sur 16, 10 dépassant 30 % et parmi ceux-ci 7 dépassant 40 %).**
- **Des groupes de parole ont été mis en place dans le cadre de la convention de modernisation, mais n'ont pas été pérennisés.**
- **La formation continue des personnels à domicile sur les problématiques citées plus haut a été poursuivie dans le cadre des plans de formation**

FICHE B7

DÉVELOPPER LES STRUCTURES D'ACCUEIL INTERMÉDIAIRES - DÉVELOPPER LES STRUCTURES D'ACCUEIL INTERMÉDIAIRES

Objectifs :

Développer les places en accueil de jour, les adosser à des centres mémoire et /ou à des consultations gériatriques, couvrir à terme tous les arrondissements de la capitale. Stabiliser la notion d'accueil temporaire et développer les places d'accueil temporaire médicalisées.

Actions prévues :

1. Poursuivre la création des centres d'accueil de jour (CAJ) :
 - ouverture des CAJ autorisés / programmés
 - lancer un nouvel appel à projet pour la création de places de préférence dans les arrondissements Parisiens non couverts
 - favoriser l'accès de ces centres aux personnes disposant de revenus modestes, assurer une mixité sociale en pérennisant l'aide extra légale départementale.
2. Diversifier l'accueil en hébergements temporaires (HT) en fonction des besoins locaux :
 - définir des offres spécifiques (non médicalisé, médicalisé, pour personnes désorientées, séjours vacances),
 - envisager un appel à projet pour développer les HT conformément aux besoins et attentes identifiés.
3. Conforter le réseau des CAJ et des HT par :
 - la rédaction et la diffusion de Chartes sur les bonnes pratiques,
 - des échanges réguliers entre gestionnaires et professionnels de ces structures.

Actions réalisées :

174 places en CAJ ont été créées entre 2006 et 2011. 10 centres sont autorisés (177 places) et 2 CAJ sont en projet (45 places). Au total 500 places seront disponibles à l'horizon 2014 (294 disponibles actuellement)

- **De 2008 à 2010, une expérimentation a été mise en place à la demande de la DASES, par le CLEIRPPA et Géroto-Clef (expert conseil). Il s'agissait de mettre à disposition 6 places d'hébergement temporaire sur 4 EHPAD parisiens. Ces places étaient dédiées aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, déjà suivies en centre d'accueil de jour. 4 EHPAD et 9 centres d'accueil de jour ont participé à ce dispositif, répartis en deux territoires géographiquement, socialement et « gérontologiquement » proches. 82 personnes ont bénéficié de ce dispositif pour 122 séjours.**
- **L'accueil de jour et l'aide extra légale ont été étendus aux malades de moins de 60 ans.**

FICHE B8

DÉVELOPPER LES STRUCTURES D'ACCUEIL INTERMÉDIAIRES - DÉVELOPPER ET EXPÉRIMENTER D'AUTRES FORMES D'HÉBERGEMENT

Objectifs :

Expérimenter et développer des offres de logement alternatives répondant aux besoins de publics âgés spécifiques.

Actions prévues :

1. Favoriser les projets innovants tels que :

- Les foyers soleil
- Les domiciles collectifs
- Les hébergements partagés et colocations
- Les petites unités de vie
- Les habitats «inter générationnels»
- Les familles d'accueil

En assurant une aide à l'étude de faisabilité et à la coordination des financements.

Actions réalisées :

- **La procédure d'agrément des accueillants familiaux a été votée par le Conseil de Paris au mois de février 2007. 2 familles d'accueil ont obtenu leur agrément à Paris.**
- **4 petites unités de vie ont été créées proposant 87 places d'accueil⁷⁰**
- **En avril 2010, la ville de Paris a signé une charte en faveur de la cohabitation intergénérationnelle avec trois associations franciliennes. Ce dispositif, qui vise à proposer une solution de logement pour les jeunes tout en permettant aux personnes âgées de mieux vivre chez elles, a déjà bénéficié à 300 binômes jeune/personne âgée. Les projets d'habitats « intergénérationnels » sont portés par trois associations : le Pari Solidaire, Ensemble 2 générations et Logement Inter génération.**

⁷⁰ La nouvelle maison (15^e), La Jonquière (17^e), Gautier Wendelen (19^e), Les jardins d'Orsan (12^e)

FICHE B9

CRÉER LES CONDITIONS D'UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE EN MILIEU URBAIN - MIEUX MOBILISER ET UTILISER LES DISPOSITIFS D'ADAPTATION DES LOGEMENTS

Objectifs :

Faciliter l'accès des personnes âgées à la réalisation d'un diagnostic habitat par des professionnels et aux dispositifs existants pour le financement de travaux d'adaptation de leur logement.

Actions prévues :

1. Coordonner, simplifier et raccourcir les délais d'obtention des financements des dispositifs d'adaptation des logements, en :
 - mutualisant les circuits des demandes de financement
 - élaborant un support unique de présentation des divers dispositifs, à destination des professionnels du secteur
2. Sensibiliser les acteurs de terrain aux dispositifs d'adaptation du logement, en vue d'une meilleure orientation des usagers vers les opérateurs.
3. Proposer systématiquement aux aînés, lors de l'obtention de la Carte Paris à domicile, de l'APA, la réalisation d'un diagnostic habitat (conseils en matière d'hygiène, de sécurité et d'adaptation du logement).
4. Mutualiser et renforcer les ressources disponibles en professionnels du diagnostic habitat, notamment les ergothérapeutes.

Actions réalisées :

- **En 2007, la ville de Paris a attribué une aide supplémentaire à l'association PACT afin de permettre le recrutement d'un ergothérapeute.**
- **La ville de Paris a mis en place un programme d'intérêt général qui permet de majorer les aides à l'adaptation des logements de l'ANAH et de subventionner les travaux entrepris par les propriétaires du parc privé à hauteur de 80 %.**

FICHE B10

CRÉER LES CONDITIONS D'UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE EN MILIEU URBAIN - DÉVELOPPER L'ACCESSIBILITÉ ET L'ADAPTATION DU PARC SOCIAL

Objectifs :

Développer l'accessibilité du parc social

Actions prévues :

1. Repérer et diagnostiquer l'accessibilité :
 - des immeubles à forte population vieillissante,
 - des îlots d'immeubles non adaptés aux vieillissements,
 - Identifier et réaliser les travaux dans les logements adaptables.
2. Poursuivre la modernisation des foyers logements gérés par le CASVP en incitant les bailleurs à procéder à des travaux d'adaptation.
3. Formaliser l'accès et l'échange de logements adaptés :
 - établissement de critères d'accessibilité intermédiaires,
 - identification et «traçabilité» des logements adaptés,
 - rapprochement des offres et des demandes,
 - accompagnement des «mutations» de logements.
4. Au-delà des obligations légales portant sur l'accessibilité du bâti, inciter les bailleurs lors de la construction de nouveaux logements de prévoir systématiquement des logements adaptés à la perte d'autonomie.

Actions réalisées :

- **Les principaux bailleurs ont réalisé des travaux d'accessibilité et d'adaptation des logements, en 2009, 20 % des logements sociaux étaient accessibles (de la rue à la porte).**
- **La ville de Paris a diffusé un référentiel technique « accessibilité » auprès des bailleurs sociaux.**
- **Une charte des mutations a été mise en place en 2009 afin de faciliter les changements de logement auprès du même bailleur ou inter bailleurs.**
- **Un formulaire spécifique handicap a été élaboré pour que les demandeurs précisent leur situation de handicap et leurs besoins. Les personnes âgées peuvent également utiliser ce formulaire afin de préciser leurs besoins en fonction de leur perte d'autonomie.**
- **En 2010, la mise en place de référents handicap a été généralisée.**
- **Une communication a été mise en place pour informer les bailleurs de la possibilité de mobiliser la déduction sur la taxe foncière sur propriétés bâties pour financer les travaux d'accessibilité et d'adaptation des logements.**
- **Un programme pluriannuel de mise en accessibilité est demandé aux bailleurs lors de la signature des conventions d'utilité sociale**
- **En 2010, 492 logements sociaux ont fait l'objet de travaux d'adaptation pour un montant supérieur à 4 millions d'euros. En moyenne, 500 logements ont été adaptés chaque année depuis 2008.**

AXE C : DES LIEUX DE VIE ALTERNATIFS AU DOMICILE

FICHE C1

ADAPTER L'OFFRE DES PLACES EN FOYERS LOGEMENTS

Objectifs :

Adapter et moderniser la capacité d'accueil en foyers logements à la diversité des publics accueillis.

Actions prévues :

1. Mieux mobiliser les aides existantes en vue de moderniser l'offre de places en foyers logements, tout en maintenant le nombre de places sur Paris.
2. Inciter le personnel à acquérir les compétences spécifiques pour venir en aide aux personnes précaires hébergées (repérage des situations sociales complexes, connaissances générales sur les pathologies développées chez ce public).
3. Définir les modalités de maintien d'une surveillance médicale au sein des résidences services du CASVP (foyers logements avec section de cure médicale) après fin 2007.

Actions réalisées :

- **Le CASVP a adapté ses moyens pour mieux accueillir et intégrer des personnes précaires dans ses résidences services et a mis en place**
 - Un SSIAD en 2008
 - Une mission sociale composée de travailleurs sociaux.

FICHE C2

DÉVELOPPER L'OFFRE DE PLACES EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

Objectifs :

Développer le nombre de places en EHPAD

Actions prévues :

1. Mettre en œuvre la programmation des projets d'EHPAD d'ores et déjà autorisés ou connus.
2. Actualiser périodiquement les besoins, à partir d'une analyse des listes d'attente en EHPAD, des taux de rotation dans ces établissements.
3. Autoriser et favoriser les projets de création ou d'extension en conformité avec les critères suivants :
 - habilitation à l'aide sociale,
 - bientraitance « architecturale » (cf. fiche C3),
 - priorités définies sur les conventions tripartites (cf. fiches C4, C5, C6),
 - accueil des malades d'Alzheimer,
 - mise en œuvre d'un projet de vie.
4. Etudier un dispositif permettant une utilisation maximale des places habilitées à l'aide sociale par les personnes en relevant.

Actions réalisées :

- **L'objectif du schéma 2006-2011, qui était la création de 2 200 places, sera atteint. En effet, 631 places ont été ouvertes dans 12 EHPAD, 1 652 places ont été autorisées pour 18 EHPAD et 750 places sont en projet (12 EHPAD). Sur ces places 1 786 ont été ou seront habilitées à l'aide sociale.**
- **Ainsi les EHPAD ouverts durant le schéma, quel que soit le statut du gestionnaire, disposent d'un nombre de places habilitées à l'aide sociale significatif. De plus, certains EHPAD déjà ouverts et non habilités à l'aide sociale ont signé une convention d'habilitation partielle avec le département de Paris.**
- **Tous les établissements ont signé avec l'ARS des conventions tripartites « de première génération » qui sont actuellement en cours de renouvellement. Elles prévoient notamment la mise en place d'un projet de vie pour chaque résident.**
- **Une convention de réservation de places habilitées à l'aide sociale a été signée en 2011 entre le CASVP, le département et 3 EHPAD dans des arrondissements où le CASVP ne gère pas d'EHPAD. L'objectif est que les Parisiens résidant dans ces quartiers et disposant de ressources modestes puissent bénéficier de places habilitées à l'aide sociale.**
- **Tous les nouveaux projets, comme les projets de reconstruction ou de restructuration prévoient la mise en place d'unités de vie spécifiques aux malades d'Alzheimer, et si possible, la création de PASA ou d'UHR.**

FICHE C3

LA « BIENTRAITANCE ARCHITECTURALE » EN EHPAD

Objectifs :

Moderniser les EHPAD sur le plan architectural, dans la perspective de l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes, et désorientées.

Moderniser l'outil de travail, afin de faciliter au maximum le travail du personnel. Faciliter l'échange des « bonnes pratiques » architecturales.

Actions prévues :

1. Poursuivre, au travers des conventions tripartites, la modernisation des EHPAD (CASVP et autres gestionnaires), en application de la circulaire du 26 avril 1999. Il s'agit en particulier de l'adaptation des chambres, des sanitaires, etc.
2. Réunir une table ronde des acteurs du secteur de la gérontologie et de la construction pour :
 - identifier les éléments de la « bienveillance architecturale » à destination des usagers, des salariés, de l'environnement, des financeurs.
 - communiquer auprès des opérateurs sur la notion de « bienveillance architecturale ».
3. Définir, à partir du futur EHPAD du CASVP, situé sur la ZAC Gare de Rungis, le cahier des charges type pour un EHPAD répondant aux conditions du développement durable.

Actions réalisées :

- **3,6 millions d'euros ont été consacrés à l'amélioration des places en établissement pour la période 2009-2014.**
- **5 EHPAD et 4 résidences du CASVP ont fait ou vont faire l'objet de rénovations.**
- **Un guide de la « bienveillance architecturale » a été publié en 2010 suite aux groupes de travail organisés avec les acteurs du secteur**
- **Des critères de « bienveillance architecturale » sont systématiquement intégrés dans les cahiers des charges des appels à projet.**

FICHE C4

PROMOUVOIR LA QUALITÉ DE VIE AU SEIN DES EHPAD

Objectifs :

A travers l'application des conventions tripartites et de la loi n° 2002-2, développer la mise en œuvre de projets de qualité de vie, sur le plan de l'accueil, de l'animation, de l'ouverture sur l'environnement.

Actions prévues :

1. S'assurer de la mise en œuvre de tous les droits des usagers développés dans la loi n°2002-2, dont le soutien des familles.
2. S'assurer de la formalisation annuelle (ou pluriannuelle) du projet d'animation, et de l'accès des résidents aux activités de proximité (marché, événement culturel, club, offices religieux).
3. S'assurer de l'encadrement et du soutien apporté aux bénévoles qui interviennent dans les établissements.
4. Promouvoir l'ouverture de l'EHPAD sur la vie du quartier par :
 - des partenariats avec d'autres institutions (école, conservatoire),
 - l'accueil et l'échange avec des associations de bénévoles,
 - la participation à la vie de la cité (fêtes de quartier, événements).

Actions réalisées :

- **15 conventions tripartites de premières générations ont été conclues et 25 conventions ont été renouvelées pendant la durée schéma.**
- **Le respect des engagements des conventions est évalué chaque année au sein des établissements et contrôlée par les autorités de tutelle (ARS, DASES) qui ont participé conjointement à leur élaboration**
- **Des missions d'inspection ont été menées conjointement avec l'ARS amenant à des injonctions destinées à améliorer la qualité de vie des résidents.**
- **Une étude a été réalisée en 2010 sur la mise en place des outils de la loi 2002-02 dans l'ensemble des EHPAD Parisiens.**
- **Il est demandé aux établissements d'adresser à la DASES les comptes-rendus des Conseils de la vie sociale ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction réalisées auprès des usagers (résidents et familles)**

FICHE C5

PROMOUVOIR L'INTÉGRATION DES EHPAD DANS DES RÉSEAUX ET LEUR ADOSSEMENT À DES ÉQUIPES RESSOURCES

Objectifs :

Mieux qualifier la prise en charge médicale au sein des EHPAD, par une véritable culture gériatrique. Faciliter le maintien en EHPAD, en particulier des malades atteints de poly-pathologies ou des malades en fin de vie. Soutenir le personnel confronté à des charges en soins importantes.

Actions prévues :

1. Articuler, lors de la négociation des conventions tripartites, la prise en charge en EHPAD avec les réseaux locaux (réseau psycho-gériatrique, réseau de soins palliatifs, réseau mémoire, médecins de ville) et les structures d'hospitalisation à domicile.
2. Renforcer, lors de la négociation des conventions tripartites, les liens entre centres hospitaliers et les EHPAD par :
 - l'actualisation régulière des conventions du Plan Bleu,
 - la signature de conventions spécifiques permettant l'intervention de praticiens hospitaliers pour des consultations ou formations (gériatrie, psychiatrie...),
 - l'expérimentation de la télémédecine.
3. Veiller à la prise en compte de la charge réelle en soins et des besoins en personnels médicaux et paramédicaux, lors de la négociation des conventions tripartites.

Actions réalisées :

- **Afin de faciliter la prise en charge sanitaire des personnes âgées résidant en EHPAD et d'éviter un certain nombre d'hospitalisations, trois équipes mobiles gériatriques externes (EMGE), chacune composée d'un médecin gériatre et d'un agent paramédical, sont intervenues de 2008 à 2010 dans les EHPAD Parisiens qui le souhaitaient. Cette expérimentation a été menée par l'AP-HP en partenariat avec la DASES et a eu des résultats très positifs, de sorte qu'elle a été prolongée depuis 2010.**
- **Le CASVP a mis en place à titre expérimental des téléconsultations de spécialistes hospitaliers depuis les EHPAD. Cette expérience s'est révélée positive à plusieurs niveaux :**
 - une qualité atteinte de transmission permettant un dialogue entre le médecin coordonnateur et les spécialistes,
 - pour les résidents : l'absence de stress lié au déplacement, pour les médecins et l'équipe soignante : un transfert de savoir et un échange de bonnes pratiques.
- **Les conventions tripartites fixent un certain nombre d'objectifs liés aux projets de soins, dont notamment :**
 - appliquer les recommandations de bonne pratique en matière de prévention de la dénutrition
 - mettre en place des conventions avec les services hospitaliers de proximité, l'hospitalisation à domicile et les soins palliatifs
 - respecter le circuit des médicaments
- **Les nouvelles règles de calcul du forfait soins intégrant le Pathos Moyen Pondéré permettent de prendre en compte la charge réelle en soins**

FICHE C6

SOUTENIR, QUALIFIER LES ÉQUIPES DES PROFESSIONNELS EN EHPAD

Objectifs :

Promouvoir les « bonnes pratiques », les formations et la qualification du personnel.

Actions prévues :

1. Faciliter les échanges de pratiques à travers des rencontres régulières :
 - des directeurs d'EHPAD,
 - des médecins coordonnateurs.
2. Soutenir les plans de formation dans l'EHPAD, lors de la négociation des conventions tripartites, pour :
 - la professionnalisation et la qualification des salariés,
 - la promotion d'une approche comportementale et innovante des professionnels (bienveillance, humanité),
 - l'amélioration du «management des équipes» afin de fidéliser les salariés.
3. Promouvoir le soutien des salariés :
 - par des groupes de parole réguliers et spécifiques, en cas de crise,
 - par la présence ou la création de postes de psychologue (ou mutualisation inter établissements).

Actions réalisées :

- **En 2006 et 2007, 7 EHPAD du CASVP ont pu bénéficier de la formation Humanité (ayant pour objectif de favoriser la bienveillance des résidents par les équipes EHPAD) soit au total 299 salariés. Le département de Paris a participé à hauteur de 150 000 € à ces actions de formation,**
- **Organisation par les médecins de la DASES et de l'ARS de réunions annuelles avec les médecins coordonnateurs de l'ensemble des EHPAD Parisiens,**
- **Création ou augmentation systématique de temps de psychologue par le biais des conventions tripartites,**
- **Affectation des résultats excédentaires des établissements à des actions de formation.**

AXE D : PROBLÉMATIQUES TRANSVERSALES

FICHE D1

SOUTIEN SPÉCIFIQUE - ACCOMPAGNER LES MIGRANTS ÂGÉS

Objectifs :

Adapter le mode de prise en charge aux aspirations de cette population.

Actions prévues :

1. Faciliter l'accès aux droits des migrants âgés par :
 - la diffusion et la présentation du guide multilingue sur «Bien vieillir à Paris»,
 - le transfert du concept «Café social» sur d'autres arrondissements,
 - le soutien d'associations œuvrant dans ce secteur.
2. Sensibiliser les acteurs du champ gérontologique pour permettre un accompagnement adapté de cette population.
3. Favoriser les échanges entre les deux secteurs de compétences : gérontologique et suivi des migrants.
4. Rénover et réorganiser plusieurs foyers de travailleurs migrants afin qu'ils soient en mesure d'accueillir des résidents âgés.
5. Expérimenter de nouveaux modes de logement adaptés aux problématiques de cette population (cf. fiche B8).

Actions réalisées :

- **Un guide multilingue pour les migrants âgés a été créé et diffusé afin de faciliter leur accès aux droits.**
- **Trois nouveaux cafés sociaux ont été créés dans les 4^e, 10^e et 18^e arrondissements. Ces cafés proposent une aide aux démarches quotidiennes, un espace Internet, un salon de thé à prix abordable, une permanence sociale et une permanence d'écrivain public. Deux nouveaux cafés sont en projet, l'un dans le 19^e, l'autre dans le 13^e arrondissement.**
- **Dans le 15^e arrondissement, un partenariat Foyers ADOMA et AFTAM / CLIC Paris Emeraude / Petits Frères des pauvres / Unis Cité a permis l'intervention de huit jeunes du service civique volontaire, deux jours par semaine, pour apporter de la convivialité et organiser des loisirs et sorties : réalisation de fresques murales dans les cuisines des étages, exposition photos de retraités sur leur ancien lieu de travail...**
- **Le département de Paris a également accordé régulièrement des subventions à plusieurs associations œuvrant dans ce secteur, notamment dans le domaine de l'accès aux droits...**
- **la ville de Paris a entamé une transformation des foyers dans le cadre du Plan de Traitement des Foyers de Travailleurs Migrants. Des travaux de restructuration ont été réalisés dans plusieurs foyers Parisiens. Ainsi, en 2010, 54 % des chambres étaient individuelles.**

FICHE D2

SOUTIEN SPÉCIFIQUE - ACCOMPAGNER LES PERSONNES ÂGÉES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SOCIALE

Objectifs :

Inventer des modes de prise en charge et d'accompagnement spécifiques à cette population.

Actions prévues :

1. Faciliter l'accès aux droits des personnes âgées en situation de précarité ou en risque d'exclusion sociale, par des accompagnements individualisés et collectifs du passage à l'âge administratif de la retraite.
2. Sensibiliser et former les acteurs du champ gérontologique aux spécificités de ce public. Systématiser les échanges entre les deux secteurs de compétences et promouvoir des interventions croisées des professionnels (exemple : éducateurs dans une résidence service, gériatre dans un CHRS).
3. Expérimenter de nouveaux modes de logement adaptés aux problématiques de cette population, du type Maison Relais.

Actions réalisées :

- **Le département de Paris a accordé des subventions à plusieurs associations œuvrant dans le domaine du lien social (261 600 € versés à 17 associations en 2011).**
- **Autorisation donnée aux Petits Frères des Pauvres de faire fonctionner la petite unité de vie « La Jonquière » en 2008, destinée à accueillir des personnes âgées en situation de précarité et restructuration de la résidence Gautier Wendelen gérée également par les Petits Frères des Pauvres qui accueille le même public à titre temporaire ou sur le long terme.**

FICHE D3

SOUTIEN SPÉCIFIQUE - ACCOMPAGNER LES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

Objectifs :

Promouvoir des modes de prise en charge et d'accompagnement spécifiques à cette population, en lien avec les préconisations du Schéma directeur en faveur des personnes handicapées.

Actions prévues :

1. Favoriser les échanges entre les deux secteurs de compétences ; sensibiliser et former les acteurs du champ gérontologique aux spécificités du secteur du handicap.
2. Prendre en compte, dans le projet d'établissement, la possibilité d'accueil de parents en perte d'autonomie avec leur enfant handicapé au sein des EHPAD.
3. Adapter au travers de la convention tripartite les projets de vie en EHPAD, lors de l'arrivée d'un public handicapé plus jeune que celui habituellement hébergé.

Actions réalisées :

- **3 projets d'établissements⁷¹ en direction des personnes en situation de handicap vieillissantes sont en cours de réalisation :**
 - la création d'un FAM de 45 places dont 11 seront dédiées aux personnes handicapées vieillissantes et d'une MAS de 35 places dont 6 pour les personnes handicapées vieillissantes dans le Pôle de santé porté par la Fondation Sainte Marie dans le 18^e arrondissement.
 - la création d'une PUV pour handicapés vieillissants, de 22 places, portée par l'association « Les papillons blancs ».
 - la création d'un FAM pour handicapés vieillissants, de 14 places, portée par l'association Saint Michel.

FICHE D4

SOUTIEN SPÉCIFIQUE - ACCOMPAGNER LES PERSONNES ÂGÉES DÉSORIENTÉES

Objectifs :

Promouvoir des modes de prise en charge et d'accompagnement spécifiques à cette population.

Actions prévues :

1. Faire un bilan de l'ouverture du PAM aux personnes âgées et si besoin faire évoluer les critères d'accès et le service, à l'occasion du renouvellement de la délégation de service public.
2. Elaborer un document sur les bonnes pratiques d'accompagnement des personnes désorientées ou dépendantes, en collaboration avec les professionnels du transport. Utiliser cet outil comme support de sensibilisation des partenaires.
3. Organiser des prestations de garde/veille de nuit itinérantes pour les personnes âgées à domicile, au travers de la convention de modernisation de l'aide à domicile.
4. Expérimenter une équipe mobile d'urgence en cas d'appel de détresse psychologique d'une personne âgée, en lien avec les urgences médicales (SAMU de Paris).
5. Poursuivre la formation des personnels intervenant au domicile aux problématiques de la maltraitance, de la maladie d'Alzheimer, des troubles psychiques, de la fin de vie, de la dénutrition...
6. Poursuivre la création des centres d'accueil de jour (CAJ) :
 - ouverture des CAJ autorisés / programmés
 - lancer un nouvel appel à projet pour la création de places de préférence dans les arrondissements Parisiens non couverts
 - favoriser l'accès de ces centres aux personnes disposant de revenus modestes, assurer une mixité sociale en pérennisant l'aide extra légale départementale.
7. Articuler la prise en charge en EHPAD avec les réseaux locaux (réseau psycho-gériatrique, réseau de soins palliatifs et réseau mémoire) et les structures d'hospitalisation à domicile

Actions réalisées :

- **En 2009 a été lancée une expérimentation de places d'hébergement temporaire « Alzheimer ». Cette expérimentation portait sur 6 places, dans 4 EHPAD (dont 2 du CASVP) et 9 CAJ partenaires**
- **Deux centres d'accueil de jour proposent une prise en charge spécifique pour les malades de moins de 60 ans atteints d'Alzheimer.**
- **7 SSIAD Parisiens ont mis en place une équipe « spécialisée » Alzheimer (ESA). L'ARS a labellisé 9 nouvelles équipes en 2012 ce qui permettra une couverture de l'ensemble du territoire Parisien avec 16 équipes à fin 2012.**
- **Les SAAD de l'UNA Paris XII, du SAM AREPA et de la Fondation Maison des Champs ont expérimenté des gardes itinérantes de nuit dans le cadre de la convention de modernisation. Ces expérimentations doivent faire l'objet d'une évaluation par la CNSA que le département de Paris complétera éventuellement avec une étude plus précise.**
- **Le dispositif PRISMA, préconisé dans le rapport Ménard, s'est concrétisé en 2008 par la constitution d'un Groupement de Coopération Social et Médico-social (GCSMS) porteur de la MAIA du 20^e arrondissement. La DASES s'est impliquée dans cette expérimentation, en finançant un ETP et en fournissant un appui matériel important (les locaux utilisés étaient ceux du CLIC Paris Emeraude).**

FICHE D5

SOUTIEN SPÉCIFIQUE - SOUTENIR LES AIDANTS FAMILIAUX

Objectifs :

Soulager et accompagner les familles pour leur permettre un accompagnement serein de leur proche en perte d'autonomie.

Actions prévues :

1. Soulager les aidants en développant les accueils de jour, les hébergements temporaires et en accompagnant mieux les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
2. Soutenir le développement de lieux de parole pour les aidants, en privilégiant un encadrement par des professionnels.
3. Encourager des informations collectives pour les aidants sur :
 - l'entrée en établissement, afin de les aider à ne pas culpabiliser et à ne pas prolonger un maintien à domicile devenu trop lourd à gérer,
 - des aides pratiques dans le cadre du soutien à domicile.
4. Veiller à inclure dans les formations des personnels d'aide à domicile un volet sur les rapports avec les autres aidants, grâce à la présence d'aidants (témoignages/dialogues).

Actions réalisées :

- **174 places en CAJ ont été créées entre 2006 et 2011. 10 centres sont autorisés (177 places) et 2 CAJ sont en projet (45 places). Au total 500 places seront disponibles à l'horizon 2014 (294 disponibles actuellement).**
- **Les souhaits des aidants des malades accueillis en CAJ ont été recueillis par la diffusion d'un questionnaire réalisé en 2010 par le BAPA et sur la base des enquêtes de satisfaction mises en place par les CAJ. Ils serviront de base à l'évolution de ces structures.**
- **L'association Notre Dame de Bon Secours a mis en place un guichet unique « Tout sous un même toit » destiné aux aidants et aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.**
- **A destination des aidants, les CLIC ont mis en place des groupes de parole animés par un psychologue et organisé des conférences-débats sur des problématiques liées à l'accompagnement d'un parent ou d'un proche âgés**

FICHE D6

LES PRATIQUES TRANSVERSALES - DÉVELOPPER LES PRATIQUES DE BIENTRAITANCE ET MIEUX LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE

Objectifs :

Sécuriser les processus de signalement et de suivi des situations de maltraitance.

Promouvoir les pratiques de bientraitance.

Actions prévues :

1. Promouvoir les pratiques de bientraitance :
 - pérenniser l'appel à projet des «Initiatives de la Bientraitance»,
 - assurer une démultiplication des initiatives primées.
2. Prévenir et lutter contre la maltraitance par la formation du personnel et l'information des familles :
 - diffuser les référentiels permettant de détecter les situations à risques,
 - lancer une enquête pour repérer les établissements et services ne développant pas de formations ou informations sur la maltraitance, et les inciter à faire de telles formations,
 - promouvoir des pratiques de soutien du personnel intervenant à domicile ou en établissement (éviter le « burn out »,)
 - favoriser la participation des familles aux conseils de la vie sociale.
3. Prévenir et lutter contre la maltraitance par un meilleur traitement des situations repérées : mettre en place des protocoles et procédures plus fiables pour le suivi des situations.

Actions réalisées :

- **Un guide du signalement des situations de maltraitance à destination des professionnels de la gérontologie a été publié en 2009, dans l'objectif d'améliorer le repérage et le traitement des cas de maltraitance des personnes âgées.**
- **L'association ALMA qui recueille les signalements de maltraitance à Paris en lien avec le N° vert « 3977 » est financée par le département de Paris. Un nombre important de situations sont signalées, pour traitement, aux CLIC et aux services sociaux Parisiens.**
- **Le Prix des Initiatives de la Bientraitance récompense chaque année jusqu'en 2011 des structures mettant en œuvre des actions originales de prévention de la maltraitance des personnes âgées. Ce prix est doté financièrement depuis 2008, à hauteur de 10 000 € à partager entre les lauréats.**

FICHE D7

LES PRATIQUES TRANSVERSALES - PRÉVENIR L'ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES, EN DYNAMISANT LES RÉSEAUX DE PROXIMITÉ

Objectifs :

Renforcer les actions dans les quartiers en direction des personnes âgées à domicile, par la sensibilisation des acteurs de proximité à cette thématique.

Actions prévues :

1. Développer les actions de sensibilisation sur la fragilité et l'isolement des personnes âgées ainsi que sur les lieux ressources existants (PPE, CASVP...).
2. Expérimenter, sur quelques arrondissements, une recherche-action avec les partenaires indiqués ci-contre, pour déterminer les indicateurs pertinents de veille et les procédures d'intervention.
3. À partir de ces recherches actions, créer et renforcer les réseaux de veille et d'alerte avec le soutien de l'Ordre des pharmaciens sur Paris, des bailleurs sociaux et privés, des conseils de quartiers, des réseaux sociaux associatifs, des médecins, des infirmières à domicile, des kinésithérapeutes.
4. Identifier, valoriser et développer, dans le cadre du concours «des Initiatives de la Bienveillance», des actions innovantes de proximité œuvrant sur la prévention et la lutte contre l'isolement.

Actions réalisées :

- **En juin 2007, une dizaine de jeunes de 18 à 25 ans a été recrutée par le département en Service Civil Volontaire, pour une durée initiale de six mois. Placés au sein des équipes des CLIC Paris Emeraude, ils avaient pour mission d'effectuer des visites de convivialité au domicile de personnes âgées isolées et d'accompagner ces dernières dans leurs sorties. En juillet 2008, la DDEE a pris le relais de la DASES pour la gestion et l'accompagnement d'une cinquantaine de volontaires autour de quatre missions :**
 - visite de convivialité des personnes âgées à leur domicile (DASES),
 - accompagnement des personnes âgées vers les structures du centre d'action sociale (CASVP),
 - visite de convivialité dans les EHPAD (CASVP),
 - portage de livres au domicile des personnes âgées (DAC).
- **De 2007 à 2011, 80 jeunes ont participé à des actions en faveur des seniors comme celles du dispositif Port'âge porté par la Direction des actions culturelles ou celles proposées par la mission d'accompagnement des seniors (CASVP).**
- **Un comité de liaison du bénévolat se fixant l'objectif de la lutte contre l'isolement tout au long de l'année et plus particulièrement des interventions en cas de canicule, a été mis en place en 2007. Il réunit plusieurs associations de bénévolat (Armée du Salut, Croix-Rouge, Espace bénévolat, France Bénévolat, Petits Frères des Pauvres, Secours Catholique) afin de mettre en relation les besoins en bénévoles et les personnes souhaitant devenir bénévoles, de définir des outils communs à tous les acteurs intervenant en la matière et d'assurer une concertation entre les différents acteurs du bénévolat.**
- **Le réseau des commerçants solidaires de la ville de Paris a été créé en 2009. 350 commerçants Parisiens, membres du réseau, jouent le rôle de relais auprès des habitants de leur quartier notamment auprès des personnes les plus isolées. Ils ont par exemple participé aux différentes campagnes autour du plan prévention canicule.**

- **Le projet Voisin-Age a été mis en place par les petits frères des Pauvres. Ce projet, basé sur le volontariat, a pour but de mettre en relation les personnes âgées et leurs voisins. Les « voisineurs » veillent sur leurs voisins âgés, qui en échange, peuvent effectuer des petites tâches (relever le courrier, arroser les plantes...).**
- **Les bénévoles de l'association « Au bout du fil » appellent des personnes âgées (qui en formulent la demande...) régulièrement. Lorsque des personnes ne répondent pas aux appels téléphoniques plusieurs fois de suite, un signalement est effectué auprès du référent indiqué.**
- **En application de la loi 2004, la collectivité parisienne a mis en place le fichier Chalex auquel peuvent s'inscrire les personnes âgées Parisiennes. Ce dispositif, qui compte plus de 21 000 inscrits, permet de contacter les personnes inscrites en cas d'épisodes de fortes chaleurs.**

CONCLUSION

Nous avons souhaité laissé la parole à Geneviève Laroque, en publiant ces extraits d'un entretien qu'elle avait accordé à une étudiante pour son mémoire. Avec ce franc-parler qui la caractérisait, Geneviève Laroque brosse le portrait de la gérontologie d'hier, d'aujourd'hui et de demain. Elle apporte un autre éclairage, à la fois très concret et infiniment humain, sur ce secteur, sur les structures, les personnels et les personnes âgées.

(Extrait du site Internet « A l'occasion d'un entretien destiné à nourrir un mémoire de master en psychologie clinique, Mme Isabelle Renard a recueilli le témoignage de Geneviève Laroque sur 35 années d'évolution continue de la gériatrie... »)

Extraits choisis :

Les hospices... modernisation et transformation

(...) Les anciens hospices n'étaient pas encore transformés (...). Avec la montée en charge des retraites qui commençait à venir dans les années 70, on a davantage pu rester chez soi, et on a commencé à avoir une amélioration du confort des logements privés et un développement des services d'aide à domicile. Cependant, quand je dis que les hospices étaient effroyablement inconfortables, les logements privés des vieux l'étaient tout autant ! Il ne faut pas oublier que jusqu'assez tardivement, il n'y avait pas de toilettes dans les appartements et les maisons, il y avait l'eau et les sanitaires sur le palier. Il n'y avait pas de chauffage central et si il y avait l'eau, il n'y avait pas l'eau chaude, il n'y avait pas de salle de bain. Donc, finalement, le passage de «chez moi» peu confortable, à l'hospice (pire) jusque vers ces périodes là, ça commençait à choquer. C'est aussi pour cela qu'il a fallu faire la politique de transformation des hospices. Il ne faut jamais regarder l'hôpital tout seul, il faut toujours regarder l'hôpital dans la cité. Et le confort de l'hôpital a toujours coïncidé avec le confort de la cité.

(...) Maintenant chaque fois qu'on construit, on met des douches partout, on met des douches au sol, on fait les choses comme il faut. Alors, ce que je me demande, c'est, si dans 15 ans, on n'aura pas l'impression que c'est effroyablement archaïque ? C'est possible, je n'en sais rien ! Je pense que ce sera plutôt du côté de la domotique que l'on trouvera des choses archaïques. C'est-à-dire qu'on ne trouvera pas normal que quelqu'un soit obligé d'aller fermer les volets. On dira que ce serait quand même plus simple qu'avec sa télécommande on puisse commander aussi ses volets, son éclairage, sa télévision, etc. Ça commence à se faire. Mais on aura probablement des perfectionnements à faire. Et je n'évoque pas l'informatisation des équipements de surveillance et de soins (...)

Du matériel au relationnel

(...) Parce que, si le protocole est suffisant on pourra mettre des robots, ça marchera très bien ! Est-ce qu'on estime que le robot n'est pas suffisant, ou que, dans certains cas le robot sera suffisant... C'est toute l'histoire de la domotique. (...) Je peux dire que je vais utiliser le robot pour m'aider à faire ma toilette. Si je suis en mauvais état, c'est-à-dire, si j'ai la relation cassée. Peut-être ai-je, quand même, besoin d'une intervention humaine pour rendre justement sa valeur, son sens à la toilette, au-delà d'une simple propreté. Ce que je traduis, quelque fois, très méchamment, trivialement en disant « Laver le cul de la vieille et laver le cul de la casserole, ce n'est pas pareil ». Il faut poser ça en principe... Ça a l'air élémentaire, trivial, mal élevé, grossier, tout ce que l'on veut... mais si on pose cela en principe, on voit, non pas une ligne de clivage, mais une zone, dans laquelle, le robot me suppléera parfaitement, me débarrassera d'un certain nombre de corvées qui ne sont, certainement, pas valorisantes. Ce qui permettra de garder, l'énergie, l'expérience et l'intelligence humaine pour des travaux qui demandent une relation humaine. C'est quelque chose à laquelle on ne pense pas toujours. Quelquefois aussi, il faudra garder des tâches «remplaçables» techniquement, car elles peuvent aussi être un support irremplaçable pour la relation.

A partir de là, on peut valoriser le travail, y compris le plus modeste, en voyant à l'intérieur de ce travail, même très modeste, ce dont on peut débarrasser le travailleur, pour lui donner quelque chose de plus humain à faire. Autrement dit l'humanisation du soin, cela a deux volets. L'humanisation du côté du patient et l'humanisation du côté du soignant.»

Travail en gériatrie et qualification

Quand on me dit que la population admire les infirmières, je pense que cela les aide à supporter un certain nombre de difficultés que de savoir qu'il y a une espèce de reconnaissance de la qualité de la fonction. Quand on était dans une époque où aller chez les vieux c'était une punition, c'était qu'on supposait que le travail auprès des vieux était un travail moins lourd qui demandait moins de qualification. (...)

Mais, il est évident aussi que dans le secteur des chambres, il n'y avait pratiquement pas de personnel. On n'allait pas gaspiller du personnel, si rare, dans un endroit où on n'en n'avait pas besoin, alors qu'on n'en n'avait pas assez, là, où on en avait besoin ! J'ai vu des aides-soignantes avoir 32 changes à faire dans l'après-midi. Toute la salle. Elles étaient à deux. Mais ce n'était pas 16 chacune. C'était 32 à deux, ce n'est pas du tout pareil. Avec le risque pour le patient d'avoir les deux agents qui discutent le coup au-dessus de sa tête, avec malgré tout le risque pour elles d'en avoir « jusqu'à là », à la fin de la session, même si elles prenaient une pause au milieu. Parce qu'elles ne faisaient plus rien d'autre. (...) Et bien, on ne peut pas dire que cela soit follement motivant !

Donc, pour pouvoir réinjecter cette vraie fonction d'aide-soignant, et j'aime bien rappeler cette parole d'infirmier général passionné par son métier que l'aide-soignant n'est pas « l'aide du soignant mais c'est l'aide à se soigner, l'aide qui soigne, l'aide du patient ».

On avait beaucoup travaillé justement sur la fonction des aides soignants de façon à la valoriser en gériatrie en disant : « C'est eux qui ont la responsabilité quotidienne ». Ils ne sont pas condamnés à « pipi-caca », ils sont au cœur du confort du malade.

Un problème très difficile qui, je crois, n'est pas résolu et dont je ne sais pas s'il le sera résolu d'ailleurs : « Qu'est-ce véritablement que l'équipe ? ». Et : « Où est le médecin ? ».

Parce qu'on a eu beaucoup l'impression à cette époque-là qu'il y avait deux modèles.

Il pouvait y avoir l'équipe médicale avec le médecin et l'infirmière et l'équipe de soins de base avec la surveillante, les aides-soignantes et les agents. Il y a là un risque de déséquilibre complet avec peu de relation entre infirmiers et aide soignants et les infirmiers cantonnés dans leur rôle technique mais en prise directe avec le médecin. Il pouvait y avoir le médecin, sur son orbite, souvent très seul, les dotations en médecins étant très faibles, ce médecin rayonnant plus ou moins bien sur le personnel selon sa propre implication, et une équipe soignante infirmière qui partait de la surveillante générale, maintenant cadre supérieur, pour aller jusqu'à l'agent de service. Avec des sous-ensembles bien que les infirmières non cadres ne soient pas formées à l'encadrement pour faire équipe avec « leurs » aides-soignantes.

« Vieux malade » et « malade vieux »

Mais le vieux malade et le malade vieux ce n'est pas la même chose. Le vieux qui est malade, ce n'est pas la même chose que le malade qui se trouve être vieux. C'est à dire que dans tous les services il y a des malades âgés, et dans certains services ils sont d'ailleurs parfaitement majoritaires. Mais ce ne sont pas des malades gériatriques pour la plupart d'entre eux. C'est-à-dire, ce sont des gens qui « se contentent » d'être malades. Ce ne sont pas des gens qui sont poly-pathologiques, qui sont déjà en limitation d'autonomie. Par contre, du seul fait qu'ils sont vieux et malades, ils sont en situation de risque. Même la vieille personne qui arrive pour une pathologie précise, pour un accident précis en étant parfaitement autonome, chez elle, huit jours avant la maladie ou l'accident et l'hospitalisation avec tout ce qu'elle a de contraignant (on ne se lève plus, on ne mange plus à table, les relations sont déséquilibrées, les traitements et examens peuvent être pénibles et la maladie est là...) la met en situation de risque et c'est pour cela que même dans les services non gériatriques l'attention gériatrique devrait exister pour ces malades âgés.

Malheureusement, très souvent, elle n'existe pas, non pas qu'ils n'en veulent pas, mais que cela n'est pas entré dans la culture. Très curieusement il est entré dans la culture, depuis toujours, qu'il y a des vieux dans tous les services. Mais, n'est pas entré encore dans la culture que « attention les vieux dans les services, il ne faut pas les regarder tout à fait de la même façon ». Et par contre, en gériatrie où on est sensé avoir ce regard gériatrique, on n'a pas toujours la volonté et les moyens réitérés, c'est-à-dire que bien sûr, on le veut toujours, on a des bonnes volontés partout, la mauvaise volonté ça n'existe pas, c'est beaucoup trop fatigant. Mais, il y a une espèce d'usure.

GLOSSAIRE

A

AAH :	Allocation Adultes Handicapés
ACTP :	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ADF :	Assemblée des Départements de France
ADMR :	Aide à Domicile en Milieu Rural, réseau associatif de services d'aide et d'accompagnement à domicile
AGIRC :	Association Générale des Institutions de Retraite complémentaire des Cadres
ARRCO :	Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés
ANAH :	Agence Nationale de l'Habitat
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AP-HP :	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
APUR :	Atelier Parisien d'Urbanisme
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASH :	Aide Sociale à l'Hébergement
ASPA :	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

B

BAPA :	Bureau des Actions en direction des Personnes Agées (département de Paris, direction de l'Action Sociale, de l'Enfance, et de la Santé)
--------	---

C

CAJ :	Centre d'Accueil de Jour
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CASVP :	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CCI :	Chambre de Commerce et d'Industrie
CCTP :	Cahier des Clauses Techniques Particulières
CESU :	Chèque Emploi Service Universel
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNAV :	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CODERPA :	Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées
CRAMIF :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
CROSMS :	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CST :	Coordinateur Socio-Territorial

CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale

D

DAC : Direction des Affaires Culturelles

DASES : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé

DDEEES : Direction du Développement Economique, de l'Emploi et de l'Enseignement Supérieur

DICOM : Direction de l'Information et de la Communication

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DJS : Direction de la Jeunesse et des Sports

DLH : Direction du Logement et de l'Habitat

DOMIDOM : réseau national de services à la personne.

DPVI : Délégation à la Politique de la Ville et à l'Intégration

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement

DRH : Direction des Ressources Humaines

DU : Direction de l'Urbanisme

DVD : Direction de la Voirie et des Déplacements

E

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMGE : Equipe Mobile de Gériatrie Externe

EMS APA : Equipe médico-sociale chargée d'évaluer le degré de perte d'autonomie du demandeur d'APA et d'élaborer un plan d'aide.

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

F

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FEPEM : Fédération des Particuliers-Employeurs

FESP : Fédération du Service aux Particuliers

FNAIM : Fédération Nationale des Agents Immobiliers

FNASS : Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale

FTM : Foyer de Travailleurs Migrants

G

Grille AGGIR : Grille nationale Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources, qui permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'APA. Les niveaux de dépendance sont repartis en 6 groupes, dits « iso-ressources » (GIR 1 à 6).

H

HAD : Hospitalisation A Domicile. Il s'agit d'une structure de soins alternative à l'hospitalisation qui permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé.

Hébergement temporaire : formule d'accueil limitée dans le temps (90 jours maximum). Il peut être une solution permettant des périodes où les proches aidants peuvent faire d'autres activités (vacances, déplacements...) ou une solution transitoire entre deux types de prise en charge (par exemple dans la perspective de préparer l'entrée en EHPAD). Il peut être autonome ou rattaché à une structure (EHPAD, SSIAD).

HLM : Habitation à Loyer Modéré

I

IDEC : Infirmiers Ccoordonnateurs en EHPAD

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

M

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

M.I.E : Mission d'Information et d'Evaluation ayant réalisé le rapport « Les personnes âgées à Paris : état des lieux et perspectives » (octobre 2012)

MIPES : Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale

MOUS : Maîtrise d'Œuvre Urbaine et Sociale

MSA : Mutualité Sociale Agricole Organisme de gestion du régime de retraites du secteur agricole et rural

P

PACTE de Paris : association pour la Protection, l'Amélioration, la Conservation, la Transformation et l'entretien des locaux d'habitation

PAM : Paris Accompagnement Mobilité, service de transport à la demande des personnes handicapées et des personnes âgées résidant à Paris

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

Plan PAPA : Plan de Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PRIF : Prévention Retraite Ile-de-France, groupement de coopération sociale et médico-sociale constitué des caisses régionales de la CNAV, du RSI et de la MSA. Ce groupement propose trois types d'actions de prévention : les ateliers mémoire, les ateliers bien vieillir et les ateliers prévention des chutes.

PRISMA : Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie

PUV : Petite Unité de Vie

R

RSI : Régime Social des Indépendants

S

SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile. Ils assurent une aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

SAM AREPA : association de Soins et d'Aides Ménagères d'AREPA
Association employeur d'aide à domicile.

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés. Ce service propose des prestations de soins et accompagne les adultes handicapés dans leur projet de vie tout en favorisant les liens familiaux, sociaux, scolaires et professionnels.

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale. Ce service a pour vocation d'accompagner les adultes handicapés dans leur projet de vie tout en favorisant les liens familiaux, sociaux, scolaires, professionnels

SDIS : Sous-Direction de l'Insertion et de la Solidarité de la DASES, département de Paris

SDS : Sous-Direction de la Santé de la DASES, département de Paris

Seuil de pauvreté : ce seuil est égal à 60% du revenu disponible médian (935€ mensuels en 2007 pour une personne seule – Source INSEE, RP 2007)

SIAO-insertion : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation - insertion

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile qui assure à la fois des missions de SAAD et des missions de SSIAD.

SPE : Syndicat des Particuliers Employeurs

SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale

SSDP : Services Sociaux Départementaux Polyvalents territorialisés qui s'adressent à toute personne rencontrant des difficultés (personnes isolées ou familles, avec ou sans enfant), quelle que soit la nature de son problème.

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Ils assurent des soins infirmiers au domicile des personnes âgées malades et/ou en perte d'autonomie.

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

STIF : Syndicat des Transports d'Ile-de-France

U

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

UNA Paris : Union des associations d'aide, de soins et services à domicile de Paris

UNIS : Union des Syndicats de l'immobilier

USLD : Unité de Soins Longue Durée

V

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Z

ZAC : Zone d'Aménagement Concerté

BIBLIOGRAPHIE ET SOURCES

Le diagnostic s'est particulièrement appuyé sur les documents et rapports suivants :

Mission d'Information et d'évaluation, « Les personnes âgées à Paris : état des lieux et perspectives », dit rapport MIE, septembre 2011. Cette mission a rassemblé quinze élus parisiens : Jean-Pierre CAFFET, Claire MOREL, Julien BARGETON, Karen TAIEB, Gauthier CARON-THIBAUT, Claudine BOUYGUES, Jérôme COUMET, Katia LOPEZ, Catherine VIEU-CHARIER, Vincent ROGER, Joëlle CHERIOUX de SOULTRAIT, Laurence DREYFUSS, Céline BOULAY-ESPERONNIER, Claude-Annick TISSOT, Catherine BRUNO

APUR (2011), « Paris résiste au vieillissement démographique »

APUR (2011), « Les seniors parisiens, de fortes disparités selon les quartiers »

APUR (2010), « Les foyers de travailleurs migrants à Paris, état des lieux en 2010 et inventaire des interventions sociales sanitaires et culturelles »

CASVP (2010), « Analyse des besoins sociaux »

Mairie de Paris, BRISSET C. (2010), « Rapport de la Médiatrice de la Ville de Paris »

AINSI QUE :

Rapports

POLETTI B., Rapport de la mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles, dit rapport Poletti, janvier 2012

FRANCO A., « Vivre chez soi », Rapport à Mme Nora Berra, Secrétaire d'Etat en charge des Aînés, juin 2010

BRANCHU C., VOISIN J., GUEDJ J., LACAZE D., PAUL S., Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, IGAS, août 2009

ROUSSILLE B., STROLH H., RAYMOND M., Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées, Rapport IGAS, juillet 2009

Articles

DREES (2012), « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », Etudes et résultats, n°799

INSEE (2012), « Une croissance modérée du nombre de Parisiens âgés dépendants à l'horizon 2030 », Ile-de-France à la page, n°385

INSEE (2010), « Projections de population à l'horizon 2060 », INSEE Première, n°1320

INSEE (2009), « Regards sur.... la dépendance des personnes âgées en Ile de France »

Documents institutionnels

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012

ARS Ile-de-France (2011), « Projet de Schéma d'organisation médico-sociale »
ARS Ile-de-France (2011), « Projet de Plan Stratégique régional de santé »
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale (2011), « Restitution des travaux des quatre groupes de travail sur la prise en charge de la dépendance »
Assemblée des Départements de France (2011), « 55 propositions de l'ADF pour relever le défi de la perte d'autonomie »
Centre National Référence-Malades d'Alzheimer Jeunes (2011), « Hébergement en structure collective des malades jeunes : état des lieux »
Fondation de France (2010), « Les solitudes en France en 2010 »
Assemblée des Départements de France (2010), « 1ère assises nationales de l'aide à domicile »
Mairie de Paris, DASES (2010), « Conférence gérontologique du 20 octobre 2010 : « Bien vieillir à domicile, quels défis ? » »
Mairie de Paris, DASES, Service des prestations (2009), « Rapport d'activités 2009 »
PIOU O., BLANCHARD N. (2010), « Accompagnement de l'expérimentation de création de places d'hébergement dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sur Paris 2008-2010 », CLEIRPPA, Geronto-Clef
CASVP (2010), « Rapport d'activités 2010 »
ONPES, « Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise », rapport 2009-2010
Département de Paris, Schéma gérontologique 2006-2011, « Paris et ses Aînés »
Mairie de Paris, Bureau des Temps (2007), « Etude des rythmes, pratiques et attentes des seniors parisiens en termes d'offre de loisirs »
IREQ (2005), « Satisfaction et attentes des bénéficiaires APA et AMD »
ARS Ile-de-France, « Guide d'aide à l'orientation des malades et des familles »

Liens Internet

Paris.fr, mai 2012

http://www.paris.fr/accueil/logement/les-solutions-logement-pour-les-jeunes-a-paris/rub_9649_actu_105395_port_23745

COMITÉ DE PILOTAGE

Pascale BOISTARD, adjointe au Maire de Paris, chargée de l'intégration et des étrangers non communautaires

Liliane CAPELLE, adjointe au Maire de Paris, chargée des seniors et du lien intergénérationnel

Véronique DUBARRY, adjointe au Maire de Paris, chargée des personnes en situation de handicap

Bernard GAUDILLÈRE, adjoint au Maire de Paris, chargé du budget, des finances et du suivi des sociétés d'économie mixte

Jean-Marie LE GUEN, adjoint au Maire de Paris, chargé de la santé publique et des relations avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Annick LEPETIT, adjointe au Maire de Paris, chargée des déplacements, des transports et de l'espace public

Jean-Yves MANO, adjoint au Maire de Paris, chargé du logement

Gisèle STIEVENARD, adjointe au Maire de Paris, chargée de la politique de la ville et de l'engagement solidaire

Olga TROSTIANSKY, adjointe au Maire de Paris, chargée de la solidarité, de la famille et de la lutte contre l'exclusion

Manuel BOUGEARD, conseiller auprès du Maire de Paris, chargé de la petite enfance, des familles, des seniors et du lien intergénérationnel, des personnes en situation de handicap et de l'engagement solidaire

Stéphanie CHAZALON, conseillère au Cabinet du Maire de Paris, en charge de la Petite enfance et de la famille, des Senior et du lien intergénérationnel, des Personnes en situation de handicap, ainsi que de l'Engagement solidaire

Valérie DE BREM, secrétaire générale adjointe de la Ville de Paris

Geneviève GUEYDAN, directrice générale de la DASES

Laure DE LA BRETÈCHE, directrice générale du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris

Marc BOURQUIN, directeur du pôle médico-social de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France

Denis LEONE, inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale, responsable des établissements médico-sociaux, Agence Régionale de Santé Ile-de-France

Mireille FAUGÈRE, directrice générale de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Jean-Paul HUCHON, Président de la Région Ile-de-France

Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCÉ, déléguée régionale, FEHAP Ile-de-France

Patricia CORDEAU, directrice de l'UNA Paris

Bruno COSTE, directeur de l'URIOPSS Ile-de-France

Bernard ENNUYER, expert

Joëlle GUIGNARD, vice-présidente du CODERPA Paris

Geneviève LAROQUE, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie
ainsi que

Myriam EL KHOMRI, adjointe au Maire de Paris, chargée de la prévention et la sécurité

Anne HIDALGO, adjointe au Maire de Paris, chargée de l'urbanisme et de l'architecture

REMERCIEMENTS

ARDOINO	Michèle	DASES -SSDP 14
ASTIER	Claire	MAIA Paris 20ème
AUSSEIL	Mathieu	DASES – BAPA
BACHELET	Isabelle	CLIC Paris Emeraude Est
BARRIER	Maria-Teresa	DASES – EMS APA
BEC	Grégory	Les petits bonheurs
BENADHIRA	Paul	OSE
BERBEZIER	Christine	DASES – SDAS
BOUCAU	Cyrille	ARS Ile de France
BOUCHAUD	Marie	Memorys
BOUNZATE	Nzhate	Tout sous un même toit – NDBS
BOUTONNET	Cédric	EHPAD Jeanne Garnier
BRINSTER	Chantal	France Alzheimer - Paris
BUET	Maïté	Fondation Croix Saint Simon
BUREL	Bruno	Conseil des Anciens du 19ème arrdt
BUSSARD	Geneviève	CASVP
CAPET	Maud	DASES – BAPA
CARETTE	Philippe	Centre Popincourt
CASTANET	Sophie	CASVP
CASTERMAN	Sabine	Résidence Les Issambres
CAUBET	Monique	Association Au bout du fil
COQUILLAS	Etiennette	DASES- BAPA
CORDEAU	Patricia	UNA Paris
CORMIER	Claude	CLIC Paris Emeraude Nord-Est
COTE VIDALIE	Johanne	Tout sous un même toit – NDBS
COUDRAY	Laurence	Malakoff Médéric et CRCAS 75 – 92
COUDRE	Jean-Pierre	ATMOSPHERE
COURMONT	Régis	UMC Social
COURTEAUD	Karine	MAIA Paris 20ème
CSASZAR GOUTCHKOFF	Michel	ARS Ile de France
DARNAULT	Olivia	DASES- SSDP 4
DAVY	Claire	Mairie de Paris - Cabinet de L. CAPELLE
DE GROC	Bernard	Delta 7
DE LA SERRE	Amaury	AMELIS – FESP
DE MONREDON	Florence	DIRECCTE
DEBRAY	Marie-Paule	DASES-BAPA
DELTRIEUX	Pierre	Mairie du 3ème
DUBREZ	Evelyne	La source d’Auteuil
DURAND	Lise	Alma Paris
FARACE	Oriane	Petits Frères des Pauvres
FAURE	Marie-Liesse	CLIC Paris Emeraude Centre
FREYDIER	Anne	Tout sous un même toit – NDBS
GALLARDA	Thierry	CH Sainte-Anne
GAUDET	Céline	Réseau ENSEMBLE
GAUILLARD	Jacques	CH Sainte-Anne
GAUTRAIS	Jean-Philippe	Fondation Croix Saint-Simon
GILOUX	MAUD	CODERPA de Paris
GIRARD	Florence	AMSAV
GOMEZ-ACOSTA	Raphael	DASES – BAPA

GRILLON
GUERIN
GUIGNARD
HAGENMULLER
HEDIN
IVANOVA
JACOB
JEANSON
JUNG
KAUFMANN
LAFARGUE
LAPIERRE
LAPORTE
LASFARGUES
LATASTE
LAUNAY
LE BLANC
LE MAISTRE
LEBEE
LECOINTE
LECOMTE
LEONE
LOCATELI
LOWINSKI-LETINOIS
MARTIN
MAURIN
MEYNIEL
MICH
MISME
MOREL
MORILLEAU
MOUCHENIK
NAUDET
ORIANE
OURAEFF
PARIS
PATHIER
PATRON
PEAN
PERREAU
PERRIN
PETIT
PICHAUD
PIGNOT
PRIEUR
PROST
PULVENIS
REANOT
RIANDEY
RICHARD
RIDEL
ROBIN
ROUX

Nathalie
Anne Marie
Joëlle
Jean-Baptiste
Philippe
Miroslava
Christian
Guillemette
Elodie
Vincent
Marie-Christine
Frédérique
Cécile
Florence
Anne
Catherine
Françoise
Isabelle
Christine
Julien
Jean-François
Denis
Béatrice
Déborah
Marie-Laure
Florence
Pauline
Catherine
Aurélie
Annie
Odile
Dafna
HENRI
Farace
Alexandra
Jean-François
Françoise
Christine
Isabelle
Grégory
Frédérique
Sabine
Christophe
Sonia
Joel
Marie-Pierre
Diane
Stéphane
Aleth
Didier
Mélanie
Christine
Catherine

UNA PARIS
Généralités13
CODERPA de Paris
AP-HP
La vie à domicile
Syndicat des Particuliers Employeurs
DLH
Ensemble 2 générations
Association française des aidants
Fondation hospitalière Sainte-Marie
DASES – BAPA
ADIAM SSIAD
DOMIDOM Soins
AP-HP Siège
FOSAD
Entre'aide Mix'âges
CLIC Paris Emeraude Sud
APATD
CLIC Paris Emeraude nord-ouest
FEPEM
DIRECCTE
ARS Paris
Petits Frères des Pauvres
ESA - ADIAM
CAJ - ISATIS
Syndicat des Particuliers Employeurs
ARS Paris
FIR EHPAD
Réseau santé Paris nord
ADMR Paris
DASES – BAPA
Logivita
Carrefour des Solidarités
Petits Frères des Pauvres
Mairie de Paris – Cabinet de L. Capelle
« Les Intemporelles » / Synerpa
EMS APA
CODERPA
CLIC-Paris Emeraude ouest
Mairie de Paris -Cabinet de J.-Y. Mano
SPASAD AMSD
Résidence Aurélie Jousset
Mairie de Paris - Cabinet de C. Bouygues
Mairie de Paris -Cabinet de V. Dubarry
Sapeurs-pompiers de Paris
CLIC Paris Emeraude Est
CASVP
ASAD
ADOMA
EMS APA
Mairie de Paris - Secrétariat Général
CNAV
CLIC Paris Emeraude Est

ROYER
SAUVAGE
SOUDANI
SOUQUE
SUISSA
TANDA
TILLET
TOUX
TREMBLAY
VANDEKERT
VILLEDEU
ZEBOULON

Eliane
Julie
Martine
Christian
Jérémie
Mylène
Jean-Charles
Françoise
Coralie
Arina
Sophie
Déborah

CODERPA
SSDP CASVP
CASV
CASVP PSA Bastille
Mairie de Paris Cabinet de G. Stievenard
CNAV IDF
Mairie de Paris - Cabinet de O. Trostiansky
CH Sainte-Anne
ARS Paris
CASP
AMSAD Paris 20^e Fondation L. Bellan
Mairie de Paris -Cabinet de B. Gaudillère

Nous remercions également les nombreux organismes ayant répondu aux questionnaires anonymes (EHPAD, SSIAD, SAD, CAJ, CMP, professionnels de l'accueil du CASVP et des mairies d'arrondissement, usagers, 3975, SSDP...) ainsi que toutes les personnes qui ont participé aux entretiens individuels et collectifs en amont des groupes de travail

•

DÉPARTEMENT DE PARIS
DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE,
DE L'ENFANCE ET DE LA SANTÉ
SOUS-DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE

TOUTE L'INFO
au 3975* et
sur **PARIS.FR**

* Prix d'un appel local à partir d'un poste fixe sauf tarif propre à votre opérateur