

Mandature 2008 - 2014

• • •

Mission d'information et d'évaluation

• • •

Octobre 2011



**Rapport sur les personnes âgées en perte d'autonomie à Paris :
état des lieux et perspectives**

Président : M. Jean-Pierre CAFFET

Rapporteur : M. Vincent ROGER

**Rapport sur les personnes âgées en perte d'autonomie à Paris :
état des lieux et perspectives**

Président

M. Jean-Pierre CAFFET

Rapporteur

M. Vincent ROGER

Autres membres de la Mission :

Mme Claire MOREL, M. Julien BARGETON, Mme Karen TAÏEB, M. Gauthier CARON-THIBAUT, Mme Claudine BOUYGUES, M. Jérôme COUMET, Mmes Katia LOPEZ, Catherine VIEU-CHARIER, Joëlle CHERIOUX de SOULTRAIT, Laurence DREYFUSS, Céline BOULAY-ESPERONNIER, Claude-Annick TISSOT, Catherine BRUNO.

Adopté à l'unanimité et présenté au Conseil de Paris le 17 octobre 2011

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| 1. Les personnes âgées en perte d'autonomie : approches d'une définition | 7 |
| 1.1. Qui sont les personnes âgées parisiennes ? | 7 |
| 1.1.1. La notion de « personne âgée » : une construction sociale | 7 |
| 1.1.2. Une approche européenne | 8 |
| 1.1.3. Qui sont les personnes âgées parisiennes ? | 9 |
| 1.1.4. La montée de la précarité : pauvreté et solitude | 11 |
| 1.1.5. « Les vieux sont des vieilles » | 12 |
| 1.2. Les personnes âgées en perte d'autonomie ne constituent pas une catégorie statistique qu'il serait possible de dénombrer | 13 |
| 1.2.1. La grille AGGIR et ses limites | 15 |
| 1.2.2. L'allocation personnalisée d'autonomie | 19 |
| 1.2.3. Les allocataires parisiens | 21 |
| 2. le contexte du débat national | 25 |
| 2.1. Un contexte institutionnel peu lisible | 25 |
| 2.1.1. Les collectivités territoriales ont un rôle déterminant dans la prise en charge de la perte d'autonomie | 25 |
| 2.1.2. La solidarité nationale s'exprime à travers plusieurs sources d'intervention | 26 |
| 2.1.3. L'initiative privée est fortement présente dans l'offre de service aux personnes âgées en perte d'autonomie | 29 |
| 2.2. Le débat sur le financement de la dépendance | 31 |
| 2.2.1. Le dispositif actuel reste inachevé | 31 |
| 2.2.2. L'arrivée au grand âge des baby-boomers | 34 |
| 2.2.3. Les préoccupations liées à l'accroissement des dépenses | 35 |
| 2.3. L'efficacité de la réponse à la perte d'autonomie en question | 37 |
| 2.3.1. Identifier le mode pertinent de pilotage | 37 |
| 2.3.2. Accéder à une aide adaptée reste soumis à de nombreux aléas | 39 |
| 3. L'action de la collectivité parisienne | 41 |
| 3.1. Le schéma gérontologique départemental | 41 |
| 3.1.1. Le schéma gérontologique 2006-2011 | 41 |
| 3.1.2. La préparation du schéma gérontologique 2012-2016 | 42 |
| 3.2. Le cadre d'intervention du Département de Paris | 43 |
| 3.2.1. Paris, en tant que département, dispose de compétences légales majeures | 43 |
| 3.2.2. Les principaux chantiers en cours à la DASES | 44 |
| 3.3. Le Centre d'action sociale de la Ville de Paris | 45 |
| 3.3.1. Les actions culturelles et les activités de prévention du CASVP | 45 |
| 3.3.2. L'offre de service pour le maintien à domicile | 46 |
| 3.3.3. Les allocations pour les personnes âgées | 46 |
| 3.3.4. L'offre d'hébergement du CASVP | 49 |
| 3.4. L'effort financier a augmenté d'un tiers durant la décennie écoulée | 52 |
| 3.4.1. Le budget de la collectivité parisienne | 52 |
| 3.4.2. Comment Paris se situe-t-il au regard des autres départements ? | 54 |
| 4. Etat de santé et accès aux soins | 55 |
| 4.1. Etat de santé | 55 |
| 4.1.1. Les seniors présentent un état sanitaire globalement plus favorable à Paris que dans l'ensemble de la France | 55 |
| 4.1.2. La prise en charge sanitaire doit être adaptée aux pathologies liées à l'âge | 56 |
| 4.2. L'offre de soins parisienne | 58 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 4.2.1. | Densité médicale forte mais difficultés d'accès aux soins liées à la raréfaction de l'offre de médecine générale de proximité..... | 58 |
| 4.2.2. | En milieu hospitalier | 60 |
| 4.3. | Une coordination indispensable | 64 |
| 4.3.1. | Un fort enjeu financier et sanitaire | 64 |
| 4.3.2. | Dispositifs existants | 64 |
| 4.3.3. | Lever les freins à la coordination de l'ensemble des intervenants..... | 67 |
| 5. | Le maintien à domicile..... | 69 |
| 5.1. | Les services d'aide à domicile | 70 |
| 5.1.1. | Une offre foisonnante et peu lisible..... | 70 |
| 5.1.2. | L'offre d'aide à domicile à Paris..... | 71 |
| 5.1.3. | Quel avenir pour les services autorisés et habilités ?..... | 73 |
| 5.2. | Les Services de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD) | 73 |
| 5.3. | Le logement..... | 75 |
| 5.3.1. | Le logement social | 75 |
| 5.3.2. | Le logement privé : des aides insuffisantes et complexes, une prise en compte significative par la Ville de Paris..... | 81 |
| 5.4. | Les « aidants » | 86 |
| 5.5. | Les services concourant au maintien à domicile | 88 |
| 5.5.1. | Les centres d'accueil de jour..... | 88 |
| 5.5.2. | L'hébergement temporaire | 90 |
| 6. | L'accueil en établissement..... | 92 |
| 6.1. | Typologie des établissements parisiens | 92 |
| 6.1.1. | Composantes associatives, lucratives et publiques | 92 |
| 6.1.2. | Répartition des établissements parisiens..... | 94 |
| 6.2. | Difficultés de prise en charge dans les EPHAD parisiens | 98 |
| 6.2.1. | Taux d'équipement | 98 |
| 6.2.2. | Les frais de séjour en établissement | 100 |
| 6.2.3. | Mobilité des seniors et choix d'un établissement | 103 |
| 7. | Citoyenneté, précarité et maltraitance | 106 |
| 7.1. | Donner aux seniors toute leur place dans la vie de la cité | 106 |
| 7.1.1. | Prévention et soutien de la citoyenneté des seniors sont des objectifs complémentaires..... | 106 |
| 7.1.2. | Les politiques publiques doivent favoriser l'activité tout au long de la vie | 107 |
| 7.2. | Le respect de la dignité et la lutte contre l'exclusion et la maltraitance de ceux qui ont perdu leur autonomie | 108 |
| 7.2.1. | La précarité accroît le risque d'exclusion au grand âge | 108 |
| 7.2.2. | Les droits fondamentaux doivent être réaffirmés lorsque la personne n'est plus autonome dans ses choix | 109 |
| 8. | Recommandations..... | 112 |
| 8.1. | Gouvernance..... | 112 |
| 8.2. | Schéma gérontologique départemental | 112 |
| 8.3. | Coordination | 112 |
| 8.4. | Prévention | 112 |
| 8.5. | Information et accès aux droits..... | 113 |
| 8.6. | Etat de santé & accès aux soins | 113 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 8.7. | Maintien à domicile : formules de répit..... | 114 |
| 8.8. | Maintien à domicile : services d'aide à domicile..... | 114 |
| 8.9. | Maintien à domicile : les aidants | 114 |
| 8.10. | Accueil en EHPAD..... | 114 |
| 8.11. | Isolement - Lien social - Précarité | 115 |
| 8.12. | Mobilité | 115 |
| 8.13. | Logement | 115 |
| 8.13.1. | Logement - urbanisme | 115 |
| 8.13.2. | Logement - parc social | 116 |
| 8.13.3. | Logement - parc privé | 116 |
| 8.14. | Adresses à l'Etat | 116 |
| 8.15. | Evaluation | 117 |
| 9. | Contribution..... | 118 |
| 10. | Annexes..... | 120 |
| 10.1. | Annexe 1 : liste des personnes auditionnées par la Mission | 120 |
| 10.2. | Annexe 2 : Principaux sigles utilisés..... | 123 |
| 10.3. | Annexe 3 : comparaison entre allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap | 125 |
| 10.4. | Annexe 4 : l'expérimentation PRISMA dans le 20 ^{ème} arrondissement..... | 127 |
| 10.5. | Annexe 5 : L'aide sociale légale à l'hébergement. | 137 |
| 10.6. | Annexe 6 : Le financement de la dépendance | 139 |
| 10.7. | Annexe 7 : Les revenus des personnes âgées parisiennes. | 140 |

INTRODUCTION

« La qualité d'une société se reconnaît à la façon dont elle traite ses vieux » (Amadou Hampâté Bâ)

Le débat sur réforme de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, lancé en février 2011, avait été préparé dans les années précédentes par une succession de rapports qui avaient plus que défriché le terrain et cerné les principaux axes d'une réforme, certains comportant même quelques propositions qui étaient autant de ballons d'essais : rapport 2005 de la Cour des Comptes « *Les personnes âgées dépendantes* » et son actualisation au rapport public 2009, rapport de Mme Hélène Gisserot « *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix* » (2007), rapport Assemblée Nationale de Mme Valérie Rosso-Bebord (2010), rapport du Sénat Vasselle « *sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque* » (2011), rapports du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie « *Assurance maladie et perte d'autonomie* » (2011) et du Centre d'analyse stratégique « *Les défis de l'accompagnement du grand âge* » (2011), énumération non exhaustive.

Ce débat s'est déroulé durant tout le premier semestre de 2011, prenant la forme de 26 débats départementaux et de quatre colloques interrégionaux et s'appuyant sur les propositions des quatre groupes de travail mis en place par la ministre de la solidarité et de la cohésion sociale :

- « Société et vieillissement », animé par Mme Annick Morel,
- « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », animé par M. Jean-Michel Charpin,
- « Accueil et accompagnement des personnes âgées », animé par Mme Evelyne Ratte,
- « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », animé par M. Bertrand Fragonard.

Ces travaux avaient ainsi conduit à relativiser tant l'ampleur de la transition démographique que celle du besoin financier supplémentaire, estimé à 2,3 milliards d'euros à l'horizon 2025, alors que la collectivité y consacre déjà actuellement 24 milliards d'euros. En revanche, était soulignée la « *nécessité de mettre fin au parcours du combattant* » et « *d'améliorer la coordination des intervenants autour de la personne âgée dépendante* ».

Trois pistes d'action semblaient faire consensus :

- maintenir, en l'améliorant, le socle de financement **public** de la dépendance ;
- réaffirmer la priorité du maintien à domicile avec pour corollaires la mise en place d'un véritable parcours coordonné adapté à la personne âgée et une politique de soutien aux aidants familiaux ;
- réduire le reste à charge des résidents d'établissements.

Le rapport du groupe de travail « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie » insiste notamment sur le fait que l'urgence n'est pas de créer, mais de coordonner et de mieux piloter. Il met en relief les problématiques suivantes :

- la complexité et les difficultés de pilotage et de régulation que connaît le secteur de l'aide à domicile ;
- la nécessaire adaptation de l'offre de services aux besoins futurs dans un contexte de fort vieillissement de la population ;
- l'insuffisance de la coordination des acteurs du champ de la dépendance autour de la personne âgée, notamment entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, une situation qui pèse sur la qualité de la prise en charge et sur les coûts de celle-ci ;
- le taux d'encadrement tant en établissement qu'à domicile : le rapport préconise notamment la **suspension immédiate** du processus de convergence tarifaire et le respect des ratios d'encadrement du « plan solidarité grand âge ».

Le groupe de travail « société et vieillissement » insiste quant à lui sur la nécessité de repenser le vieillissement, de changer le regard sur la vieillesse et **d'intégrer le vieillissement dans l'ensemble des politiques publiques**, notamment l'urbanisme et le logement. Le rapport préconise notamment une augmentation immédiate des crédits de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat en vue de l'adaptation de 400 000 logements sur dix ans, soit un budget de quatre milliards d'euros sur ce laps de temps.

Quatre urgences de court terme avaient été identifiées et auraient dû faire l'objet de mesures dès 2011 :

- la situation financière des services d'aide à domicile ;
- la situation financière des départements face à la charge de l'APA ;
- les montants mis à la charge des résidents en établissements ;
- le soutien aux aidants.

Le dispositif national de prise en charge de la dépendance des personnes âgées est bien résumé en juin 2011 par le Centre d'analyse stratégique : *« l'offre de services à domicile reste toutefois peu structurée, insuffisante et inégalement répartie sur l'ensemble du territoire ; la césure entre le sanitaire et le médico-social - qui se traduit par des filières de financement et des institutions distinctes - complique la coordination des différents services. Depuis les années 1980 ont été créés de nombreux dispositifs visant à faciliter cette coordination : réseaux gérontologiques en 1989, centres locaux d'information et de coordination (CLIC) en 2000, maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) en 2009. Aujourd'hui, ces différents dispositifs s'empilent, ce qui rend l'ensemble du paysage peu lisible pour l'usager. »*¹

Le dispositif français se caractérise ainsi par une organisation complexe, « en tuyaux d'orgue », marquée de nombreux cloisonnements : spécificité française de la distinction entre personnes handicapées et personnes âgées, séparation du sanitaire et du médico-social, gouvernance et financements dispersés entre l'Etat, l'assurance maladie et les départements, tout cela conduisant *in fine* à un système particulièrement complexe et peu lisible, laissant peser sur les personnes âgées des charges importantes proportionnelles à leur degré de dépendance et absorbant une part croissante des ressources des départements.

C'est dans ce contexte que se déploie l'action de la collectivité parisienne.

¹ « Les défis de l'accompagnement du grand âge », Centre d'analyse stratégique juin 2011

Qu'en est-il à Paris ?

« *Paris est un endroit où on peut bien vieillir* », comme l'a déclaré à la MIE madame Geneviève Laroque, présidente de la Fondation nationale de gérontologie et la mission a relevé l'importance des actions de la collectivité parisienne, qui mène en faveur des personnes âgées une politique riche et diversifiée.

Cette politique mérite des évolutions, notamment en matière de coordination. Elle doit également faire l'objet d'un bilan, dans le cadre de la préparation du nouveau schéma gérontologique.

Pour autant elle se heurte à une double difficulté.

En premier lieu, elle se déploie dans le cadre caractérisé par les cloisonnements et rigidités énoncés ci-dessus, que seuls le législateur et l'action gouvernementale pourraient faire évoluer.

En second lieu, la rareté du foncier et le coût élevé de l'immobilier qui caractérisent la capitale constituent eux aussi des obstacles certains à la politique en faveur des personnes âgées.

La rareté du foncier rend illusoire l'objectif de se rapprocher d'un taux moyen national d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Son coût pèse sur la partie hébergement qu'acquittent les résidents et contribue à nettement le renchérir.

Le processus de convergence tarifaire instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 s'applique mécaniquement à Paris sans tenir compte des charges plus élevées auxquelles doivent faire face les EHPAD parisiens.

Le coût très élevé des prix de l'immobilier et des loyers, conjugué à l'ancienneté du bâti d'une ville dont les deux tiers ont été édifiés avant 1949, contribuent à dresser devant les personnes âgées une double inaccessibilité : inaccessibilité physique et inaccessibilité financière.

Le premier chapitre tentera d'apporter des éléments de réponse à la question « qui sont les personnes âgées parisiennes en perte d'autonomie » ?

Le deuxième chapitre éclaire le contexte institutionnel et les débats sur le financement du dispositif national de prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Le troisième chapitre s'efforce de présenter une synthèse de l'action de la collectivité parisienne en faveur des personnes âgées et de l'effort financier qu'elle y consacre, au travers des deux acteurs que sont d'une part le département de Paris et d'autre part le Centre d'action sociale de la Ville de Paris. Ce chapitre présente le contexte de préparation du prochain schéma gérontologique départemental que le Conseil de Paris devrait adopter dans les premiers mois de 2012 pour la période 2012-2016.

Les chapitres 4 à 7 approfondissent les principales thématiques de toute action en faveur des personnes âgées que sont l'état de santé et l'accès aux soins (chapitre 4), la problématique du maintien à domicile (chapitre 5), celle de l'accueil en établissement (chapitre 6) et enfin les thèmes de la précarité et de la maltraitance, en un mot de la citoyenneté (chapitre 7).

Les recommandations de la MIE sont récapitulées dans le chapitre 8.

1. LES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE : APPROCHES D'UNE DEFINITION

1.1. Qui sont les personnes âgées parisiennes ?

La notion de « personnes âgées en perte d'autonomie » ne se réduit en aucune façon à une catégorie statistique précise qu'il serait possible de dénombrer.

D'une part la notion de personne âgée est une construction sociale relativement récente et profondément évolutive.

D'autre part la notion de perte d'autonomie est malaisée à cerner.

Ces incertitudes sémantiques se retrouvent dans la pluralité des approches retenues par les pays européens, fortement diversifiées en dépit de quelques constantes fondamentales.

Enfin les évolutions démographiques ne s'exercent pas librement à Paris, ce qui rend la structure démographique de la capitale très spécifique au regard des moyennes tant francilienne que nationale, et très délicate toute projection.

1.1.1. La notion de « personne âgée » : une construction sociale

Ce paragraphe s'appuie sur le rapport du groupe de travail n°1 d'Annick Morel « Société et vieillissement » ainsi que sur les travaux du Centre d'analyse stratégique².

« Historiquement la vieillesse a toujours présenté un double visage : elle est à la fois l'âge de la sagesse, et à ce titre digne de respect et d'honneur, et l'âge de la dégradation ». Cette vision contrastée se retrouve dans la dualité latine senex/vetus.

« C'est seulement à partir du XIXème siècle [...] que l'on constate l'émergence de politiques publiques axées sur la vieillesse et la naissance d'une véritable identité sociale de la personne âgée. »

Si la constitution d'un régime moderne de retraites après la deuxième guerre mondiale en constitue un moment clef, la notion de personne âgée va profondément évoluer et se diversifier au cours des dernières décennies. L'on était hier considéré comme vieux dès 60 ans, on l'est aujourd'hui beaucoup plus tardivement, et on a vu se différencier une classe d'âge constituée de retraités en bonne santé que l'on a d'abord nommée le « troisième âge » avant d'adopter, à la suite du marketing, le terme de *seniors*.

A partir des années 80, on parle de l'émergence d'un « quatrième âge », qui regroupe aujourd'hui les « personnes âgées dépendantes ». *« La création de la PSD en 1997, devenue l'APA, a contribué à la reconnaissance sociale et juridique de cette nouvelle catégorie d'âge. Elle fait référence aux personnes de plus de 85 ans, âge où le « risque dépendance » augmente de façon importante. Entre les deux, une nouvelle catégorie se dessine, que l'on peut appeler « personnes âgées autonomes », lorsque les problèmes de santé et les handicaps commencent à apparaître sans pour autant que le risque dépendance soit très présent ³».*

² « Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française » (2010)

³ Page 27

Trois catégories paraissent donc se dessiner : les seniors, les personnes âgées autonomes, et les personnes âgées dépendantes du quatrième âge, alors que les statistiques publiques les différencient peu et mal.

Le groupe de travail n°1 remarque quant à lui⁴, reprenant les travaux de Patrice Bourdelais, que « *la catégorisation statistique du vieillissement [...] induit une équivalence non pertinente entre vieillissement et vieillesse.* »

P. Bourdelais propose un autre indicateur d'entrée dans la vieillesse que l'âge : la probabilité de survie à dix ans.

Le rapport souligne que « *la catégorisation statistique du vieillissement est fortement liée à sa représentation négative introduite dès 1928 par Alfred Sauvy. L'identification entre vieillissement démographique, vieillesse et déclin a marqué « l'histoire intellectuelle de la démographie française ».*

Il n'est d'ailleurs pas interdit de penser qu'elle continue à la marquer, à lire les commentaires alarmistes ayant accompagné les projections démographiques de l'INSEE .

« *La place qui n'est pas faite par la société française aux personnes qui vieilliront bien et plus longtemps explique en partie la vision négative et « ségrégative » des personnes âgées en perte d'autonomie*⁵ ».

Cette vision plus ou moins péjorative du vieillissement se traduit dans les approches retenues par les différents pays européens.

1.1.2. Une approche européenne

Dans un article de *Regards sur l'actualité* de décembre 2010 « *Quelles politiques pour la dépendance en Europe ?* », les auteurs de l'article commencent par remarquer que « *malgré la convergence de défis s'opposent deux qualifications : certains pays comme la France identifient un public-cible spécifique - les personnes âgées dépendantes - quand d'autres préfèrent ne pas ériger de barrière d'âge et évoquent les politiques de « soins de longue durée » (long term care).* »

L'article identifie quatre principaux types de réponse publique aux besoins croissants des personnes âgées dépendantes : libéral (Royaume Uni), familialiste et clientéliste (pays du sud de l'Europe), corporatiste (Allemagne, Luxembourg), socio-démocrate (Pays-Bas, pays scandinaves).

« *Le cas français apparaît jusqu'à présent comme un habile compromis qui ne relève pas vraiment d'un modèle universaliste, ni d'un modèle d'assurance sociale, mais qui reste susceptible d'évoluer vers l'un ou vers l'autre, voire vers un modèle plus libéral.* »

Quelques principes communs fondent cependant la définition des politiques en matière de dépendance à l'échelle européenne :

- privilégier l'aide à domicile aux dépens de la prise en charge en institution ;
- prédominance de la logique du besoin et souci de répondre au mieux à des situations spécifiques de dépendance (*case management*) ;
- prise en charge envisagée à une échelle territoriale limitée ;

⁴ Page 12

⁵ Société et vieillissement, page 14

- associer l'offre de soins médicaux et paramédicaux et offre de services sociaux. L'articulation entre la santé et le social constitue fréquemment un obstacle important.

1.1.3. Qui sont les personnes âgées parisiennes ?

Dans le cadre du lancement des travaux pour la préparation du nouveau schéma gérontologique départemental, l'APUR a inscrit à son programme de travail une étude sur les personnes âgées à Paris réalisée en lien avec l'INSEE.

Cette étude a donné lieu à la publication en février 2011 de deux notes, l'une consacrée au phénomène de vieillissement, l'autre à la géographie par arrondissements.

L'INSEE a révisé en 2010 ses méthodes de prospective démographique, mais celles-ci doivent faire l'objet d'une adaptation complexe pour Paris. Une étude de prospective sur les personnes âgées et la population dépendante à Paris devrait faire l'objet d'une publication en octobre prochain et ne sera donc pas disponible dans le délai de ce rapport.

1.1.3.1. « Paris résiste au vieillissement démographique » : un phénomène original et spécifique

- a) le vieillissement démographique est moins accentué à Paris qu'en France métropolitaine et en Ile de France. Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus a augmenté de seulement 0,5 % par an depuis 1999, passant de 401 400 à 417 500 en 2007, alors qu'il a progressé de 1,5 % par an en Ile de France et 1,4 % par an en France métropolitaine.

La part des 60 ans et plus s'est stabilisée entre 1999 et 2007, comme à Lyon, Marseille, et dans les communes limitrophes de Paris, alors qu'elle a augmenté en Ile de France (+ 1 point) et en France métropolitaine (+1,1 point). Elle est désormais plus faible à Paris qu'en France métropolitaine et l'écart avec l'Ile de France se réduit.

L'APUR explique ce phénomène de la façon suivante : « *les nombreux départs de familles à partir des années 60-70 ont provoqué une diminution du nombre d'adultes qui auraient pu, comme autrefois, rester vieillir à Paris et devenir les seniors parisiens. En conséquence la part des 60 ans ou plus a nettement baissé à partir de 1975. Les migrations de retraités hors de la capitale et les arrivées de jeunes sont venues renforcer cette baisse* ».

Entre 2002 et 2007, onze personnes de 60 ans ou plus ont quitté la capitale pour 100 qui y sont restées, et quatre personnes de 60 ans ou plus sont arrivées pour 100 qui y sont restées.

- b) 174 000 parisiens de 60 ans et plus vivent seuls

5 % seulement des parisiens de 60 ans et plus vivent en institution, contre 8 % des franciliens et 9 % des français.

La part de personnes seules augmente avec l'âge : 36 % des parisiens de 60-74 ans et 51 % des 75 ans et plus, **les trois quarts d'entre eux étant des femmes**.

c) A Paris, l'offre en hébergements spécialisés pour les personnes âgées dépendantes est plus faible que dans les autres départements franciliens.

Au 30 juin 2009, Paris comptait 78 EHPAD⁶ et 152 EHPA, soit respectivement 5 752 et 6 837 places d'hébergement permanent. Le taux d'équipement est ainsi de 36 places pour 1 000 parisiens de 75 ans et plus, contre 84 pour 1 000 en Ile de France. Pour les EHPA, en revanche, le taux parisien de 42 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus est supérieur à la moyenne francilienne de 38 pour mille.

d) Des revenus plus élevés mais de fortes disparités.

En 2007, les ménages de 60 ans et plus disposent d'un revenu disponible moyen par unité de consommation de 2 800 €, soit 500 € de plus qu'en Ile de France et 1 000 € de plus qu'en France métropolitaine. 24 % des retraités parisiens sont en effet d'anciens cadres (contre 16 % en Ile de France et 8 % en France métropolitaine).

Les parisiens âgés sont toutefois plus souvent bénéficiaires du minimum vieillesse : 4 %, contre 3 % en Ile de France. Ils sont également plus souvent pauvres : 13 % des ménages de 60 ans et plus vivent sous le seuil de pauvreté à Paris, contre 11 % en Ile de France et 10 % en France métropolitaine⁷.

Seulement un ménage sur deux est propriétaire de son logement (157 300 ménages). Même si les ménages âgés sont plus souvent propriétaires que les autres ménages parisiens (26 % sont propriétaires), ils le sont beaucoup moins que les ménages franciliens, qui le sont à 64 %.

En annexe 7 figurent des éléments détaillés sur les revenus des personnes âgées parisiennes

1.1.3.2. De fortes disparités selon les quartiers

Au cours de la période récente, le vieillissement touche particulièrement quelques arrondissements : entre 1999 et 2007, la part des 60 ans et plus augmente nettement dans les 5^{ème}, 6^{ème} et 16^{ème} arrondissements (entre + 2 et + 3 points) et de façon moins marquée dans les 4^{ème}, 7^{ème}, 12^{ème}, 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements.

a) Des ménages âgés aisés à l'ouest et défavorisés au nord est.

Les anciens cadres, aux revenus élevés, sont nombreux à l'ouest de la capitale, où ils représentent plus de 35 % de la population dans les 6^{ème}, 7^{ème} et 16^{ème} arrondissements. Ils sont souvent très diplômés (plus de 40 % de diplômés des 2^{ème} ou 3^{ème} cycle universitaire) et propriétaires de leur logement (plus de 60 % sont propriétaires).

A l'opposé, le quart nord-est compte seulement 15 à 17 % d'anciens cadres. Ces ménages du nord est parisien ont des revenus plus faibles, ils sont souvent peu diplômés (plus de 50 % ont un niveau de diplôme inférieur au BEPC) et plus souvent de nationalité étrangère que dans le reste de la capitale. Les étrangers représentent 10,5 % des parisiens de 60 ans et plus.

Plus de 15 % des seniors des 2^{ème}, 10^{ème}, 18^{ème} et 19^{ème} arrondissements sont de nationalité étrangère.

A la différence des étrangers, la population immigrée inclut la population naturalisée. En 2007, les immigrés représentent 20 % des parisiens de 60 ans et plus. Entre 1999 et 2007, le nombre d'immigrés parisiens de 60 ans et plus a augmenté plus vite (+ 2,7 % par an) que celui de l'ensemble des parisiens (+ 0,5 %).

⁶ Nombre d'établissements d'hébergement permanent et de centres d'accueil de jour, décompte de l'Observatoire régional de santé - Ile de France au 30 juin 2009 sur lequel se base les comparaisons interdépartementales.

⁷ Les parisiens de 75 ans et plus sont cependant deux fois moins touchés par la pauvreté que l'ensemble des parisiens.

7% des ménages étrangers âgés parisiens résident dans un logement précaire, contre 2 % de l'ensemble des ménages parisiens de 60 ans et plus. 24 % des ménages âgés parisiens de nationalité étrangère occupent un logement sans salle de bains, contre seulement 11 % de l'ensemble des ménages parisiens de 60 ans et plus.

b) Six grands groupes de quartiers accueillent des parisiens âgés aux profils très différents :

- sur la rive gauche et dans l'ouest parisien, des personnes âgées nombreuses, aux conditions de vie plus favorables. 184 500 personnes de 60 ans et plus vivent dans les 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème} et 16^{ème} arrondissements, dans lesquels ils constituent 23 % des habitants ;
- dans les arrondissements centraux de la rive droite et du nord de Paris, une mixité sociale chez les personnes de 60 ans et plus, c'est-à-dire dans les 2^{ème}, 3^{ème}, 9^{ème}, 10^{ème}, 11^{ème}, 18^{ème} et 20^{ème} arrondissements, qui rassemblent 128 200 parisiens de 60 ans et plus ;
- les quartiers ayant des capacités d'accueil importantes en institution ;
- aux portes de Paris, 59 400 personnes âgées modestes logées dans le parc HLM ;
- dans des quartiers du nord et de l'est de Paris, des personnes âgées peu nombreuses (35 800) mais aux conditions de logement difficiles, notamment chambres d'hôtel, habitat de fortune, chambres et suroccupation.

1.1.3.3. *Les projections ne seront disponibles que dans la seconde partie de 2011*

Lors de son audition par la MIE le 27/04/2011, M. Audry Jean-Marie⁸ a expliqué les difficultés de l'analyse prospective spécifiques à Paris dans les termes suivants.

« Le modèle, qui est mûr au niveau national (puisque l'INSEE a déjà publié des projections nationales) ne l'est pas au niveau des applications départementales, sachant que Paris est le cas le plus compliqué.

Nous ne sommes pas dans un exercice de démographie éthérée, mais dans un département où il y a la contrainte logement. Les phénomènes démographiques ne s'exercent pas de façon libre. »

1.1.4. La montée de la précarité : pauvreté et solitude

Lors de son audition par la MIE le 13/05/2011, Mme Laure de la Bretèche, directrice générale du CASVP, a souhaité effectuer un « zoom » sur la montée de la précarité chez les personnes âgées à Paris.

Elle a indiqué quelques chiffres significatifs :

- 4,7 % des retraités parisiens sont au minimum vieillesse ;
- 6,1 % des RMIstes parisiens sont âgés de 61 ans et plus ;
- les plus de 60 ans représentent 6 % des personnes isolées hébergées via le 115 ;
- 13 500 bénéficiaires de l'AVP, soit 3 % des parisiens, sont âgés de 60 ans et plus ;
- 63 % de ces titulaires de l'AVP sont bénéficiaires du complément Paris Santé.

⁸ Responsable des études sociétales à l'APUR

Elle a souligné les spécificités de la précarité des personnes âgées parisiennes :

- une situation économique des jeunes seniors plus dégradée à Paris qu'en France métropolitaine

| Taux de pauvreté | Ensemble population | 60-74 ans | 75 ans et plus |
|-----------------------|---------------------|-----------|----------------|
| France métropolitaine | 13,2 % | 9,4 % | 10,6 % |
| Paris | 14,5 % | 12,6 % | 7,0 % |

Une étude qualitative réalisée en 2010 auprès de 24 usagers du CASVP dans le cadre de l'élaboration du document « Analyse des besoins sociaux » met en lumière les spécificités de cette population :

- l'isolement : « *la famille...chacun a ses problèmes. On ne peut pas obliger les gens à venir vous voir [...]. On ne peut rien demander. On a bien élevé nos enfants, ils sont chez eux, que voulez-vous faire ? [...] Non, je suis toute seule, vraiment seule.* » (femme, 82 ans) ;
- les problèmes de santé et d'accès aux soins. « *En 90-91, un coup, je me suis endormi avec mes lunettes et j'ai cassé mes lunettes. Je n'ai eu des lunettes bien qu'en 95-96 quand je suis arrivé à Emmaüs. [...] Et des lunettes normales, après avoir vu un opticien ou un ophtalmo, ça doit dater de 99 à peu près. J'ai quand même été 8-9 ans sans lunettes. Je n'avais pas d'argent* ». (homme, 61 ans) ;
- la non anticipation de l'avenir ;
- les risques de dépendance plus aigus : « *je vais même oser vous dire que ma chambre est dans un rez-de-chaussée très humide et je pense que tous mes problèmes de santé s'aggravent par le logement presque insalubre* » (homme, 65 ans).

Lors de son audition par la MIE⁹, Jean-François Serres, secrétaire général de la Fondation Petits Frères des Pauvres, a souligné « *l'importance majeure, pour nous, du phénomène de solitude et d'isolement social.* » Citant une étude de la Fondation de France, il a relevé ce chiffre : « *25 % des plus de 75 ans qui souffrent d'un handicap invalidant sont en isolement objectif, c'est-à-dire qu'ils ont entre une et trois conversations par an.* »

Les Petits Frères des Pauvres ont relevé deux âges critiques.

« *Les personnes qui ont entre 55 et 65 ans ont souvent vécu des vies professionnelles faites de précarité, de temps de chômage, de ruptures. Elles arrivent à 55 ans et il suffit d'un accident de la vie ou autres pour que des situations de décrochage arrivent. De plus en plus de personnes signalées sont dans ces âges. Lorsqu'elles nous sont signalées, elles ont souvent déjà passé plusieurs années dans des situations de repli sur soi et d'isolement. On pourrait dire qu'un isolement apparaît par la précarité, on entre par des situations de précarité dans des situations d'isolement. Un autre âge critique, nous semble-t-il, est autour de 75 ou 80 ans. Ce sont plutôt les situations d'isolement qui progressent, la perte du conjoint, la perte d'un enfant, les voisinages et les amis qui disparaissent peu à peu. Il y a alors une situation de repli sur soi.* »

1.1.5. « Les vieux sont des vieilles¹⁰ »

⁹ Le 14/06/2011

¹⁰ Audition Geneviève Laroque 27/04/2011

Si globalement les parisiens de 60 ans et plus se répartissent en 44,7 % d'hommes et 55,3 % de femmes, la part des hommes décline régulièrement au fur et à mesure de l'avancée en âge. A partir de 80 ans, une personne âgée seulement sur trois est un homme, à partir de 90 ans, une sur quatre, à partir de 95 ans une sur cinq.

Si l'on considère également d'une part que le personnel qui s'occupe des personnes âgées, aides-soignantes, aides à domicile, infirmières, est également féminin à 98 %, et d'autre part que les deux tiers des aidants familiaux sont des femmes âgées de 45 à 64 ans, force est de souligner la dimension très féminine de la question de la perte d'autonomie des personnes âgées.

1.2. Les personnes âgées en perte d'autonomie ne constituent pas une catégorie statistique qu'il serait possible de dénombrer

La mission concerne les « *personnes âgées en perte d'autonomie : état des lieux et perspectives* ». La lettre du 3 mars 2011 par laquelle Jean-Pierre Caffet propose la création de cette MIE comporte cependant à plusieurs reprises le terme de « dépendance »¹¹.

L'emploi de ces différents vocables n'est pas neutre et renvoie à des prises en considération différentes du phénomène général de vieillissement de la population.

« *Autonomie* » est un terme de racine grecque qui signifie le « *droit de se gouverner selon ses propres lois* ». La perte d'autonomie serait dans cette perspective le fait de ne plus pouvoir se diriger soi-même selon ses propres lois.

Le verbe « *dépendre* » est lui d'une connotation différente : il provient du latin et signifie « *être sous l'autorité de...* ». C'est une notion négative qui évoque la dépendance à l'alcool ou aux drogues.

La loi du 21 juillet 2001 créant l'APA est intitulée « *loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et créant l'allocation personnalisée d'autonomie* ». L'APA est destinée « *aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière* ».

Rappelons ici que dans le préambule à son rapport du 23/06/2011 « Assurance maladie et perte d'autonomie », le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a tenu à apporter les précisions suivantes.

« Un élément de sémantique doit être posé d'entrée de jeu.

Dans ce rapport, comme dans ses travaux récents, le HCAAM a fait le choix de privilégier les expressions de « perte d'autonomie » et- d'aide « à l'autonomie » (ou d'aide au « maintien de l'autonomie ») plutôt que le terme de « dépendance » même lorsqu'il est question de la perte d'autonomie des seules personnes très âgées. En effet l'approche médicale et soignante, qui est celle à partir de laquelle le HCAAM est légitime à aborder le sujet de l'autonomie, ne peut fondamentalement pas faire de différence dans la perte d'autonomie selon que le sujet est jeune ou âgé. »¹²

Lors de son audition devant la MIE, le docteur Christine Berbezier, conseillère médicale à la DASES, a remarqué que « *l'on peut être autonome et dépendant : cela peut être le cas de Joséphine, dont l'arthrose invalidante la cloue au lit, mais qui est encore capable de décider qu'elle veut acheter de*

¹¹ « Les problématiques propres à la dépendance vont revêtir dans les années à venir une importante capitale » ; « la question du financement collectif de la dépendance est fondamentale ».

¹² page 3

l'onglet à la boucherie du coin et pas au supermarché comme voudraient le faire l'aide à domicile ou son fils ».

Selon elle, « *le concept de dépendance a été créé pour sortir les personnes âgées du volet sanitaire et les basculer dans le champ médico-social* ».

Elle remarque d'ailleurs que l'on parle d'évaluer, non de mesurer. « *Lorsque l'on monte sur la balance, on ne dit pas que l'on évalue son poids, mais que l'on se pèse. Pour la taille, c'est pareil. En revanche, pour la dépendance et la perte d'autonomie, on parle d'évaluation et c'est davantage subjectif. L'évaluation va nécessiter d'avoir de bons outils, les plus objectifs possibles, et des évaluateurs formés pour ce type d'évaluation* » (cf. infra 1.2.1.).

Pour Geneviève Laroque, ce qui caractérise l'avancée en âge, c'est le « *pluri-mini-handicap* », expression qu'elle reprend du professeur Tubiana. « *Le pluri-mini-handicap c'est le sort du vieux qui va bien* ».

« *Ce pluri-mini-handicap n'est pas seulement une histoire de vieux, mais aussi une histoire de femmes enceintes, de bébé porté dans les bras, une histoire de caddie qui revient du marché, une histoire de type qui s'est cassé la figure au ski et qui a du mal à marcher pendant un mois. C'est finalement la situation dans laquelle n'importe qui a été, est ou sera au cours de son existence. [...] Si vous posez les questions du pluri-mini-handicap, cela va couvrir les besoins de l'écrasante majorité de ceux qui vieillissent dans cette ville*¹³ ».

Pour ces raisons, Geneviève Laroque récuse le terme de dépendance. « *Je dis bien handicapés et non pas dépendants. [...] Le handicap n'a pas d'âge, parler de la dépendance des personnes âgées est une manière de ségréger les personnes âgées qui aboutit à mal traitement (je ne dis pas maltraitance, il ne faut pas exagérer).* »

En définitive, souligne le Dr Berbezier, les résultats de l'enquête Handicap Santé de 2008 de l'INSEE montrent que 82 % des personnes âgées de 60 à 79 ans sont autonomes, et 61 % de celles âgées de 80 ans et plus. A l'inverse 1 % des 60-79 ans sont en état de forte dépendance et 3 % en état de dépendance ; pour les personnes âgées de 80 ans et plus, ces chiffres sont respectivement de 3 et de 11 %.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a adopté en mai 2001 une « *classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* ».

Cette classification s'est éloignée d'une classification des « *conséquences de la maladie* » pour devenir une classification des « *composantes de la santé* », regroupées en deux parties :

- les composantes du fonctionnement et du handicap ;
- les composantes des facteurs contextuels.

Le fonctionnement d'une personne dans un domaine particulier est déterminé par l'interaction ou une relation complexe entre le problème de santé de la personne et les facteurs contextuels, environnementaux et personnels, qui vont déterminer les activités et la participation de la personne.

Cette introduction de la classification internationale en France a permis de faire évoluer la terminologie en passant des « *personnes handicapées* » aux « *personnes en situation de handicap* ».

Voici la définition du handicap adoptée dans la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : « *constitue un*

¹³ Audition du 27/04/2011

handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité et restriction de participation à la vie en société subie par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (art 2).

Cette loi prévoyait expressément, en son article 13, la disparition de la distinction entre personnes en situation de handicap et personnes âgées en 2011. « Dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la prestation de compensation sera étendue aux enfants handicapés. Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées¹⁴ ».

En dépit de cette disposition législative, la distinction entre personnes âgées et personnes handicapées perdure. La conséquence essentielle réside dans la différence de montant entre les prestations destinées aux personnes handicapées et les prestations destinées aux personnes âgées, aux dépens de ces dernières (cf. annexe 3)

1.2.1. La grille AGGIR et ses limites

Conçue au début des années 1990, la grille AGGIR a été généralisée au plan national lors de la création de la Prestation spécifique dépendance (1997) puis confirmée en 2001 comme instrument de référence lors de la création de l'APA.

Cette utilisation a soulevé et continue de soulever de nombreuses critiques.

1.2.1.1. En quoi consiste-t-elle ?

« AGGIR est un outil multidimensionnel de mesure de l'autonomie à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée ».

Elle évalue les activités que font les personnes dans leur environnement, comme l'a expliqué à la Mission le docteur Christine Berbezier, conseillère médicale à la DASES. Deux types d'activités sont concernés :

- les activités discriminantes, c'est-à-dire les actes essentiels de la vie quotidienne qui sont au nombre de dix : alimentation, cohérence, orientation, transferts, élimination, habillage, toilette, déplacements intérieurs, déplacements extérieurs, communication à distance pour alerter ;
- les activités instrumentales, au nombre de sept : gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement, activités de temps libre.

La grille AGGIR comporte trois niveaux de cotation A, B ou C avec quatre adverbes qui sont « totalement », « habituellement », « spontanément » et « correctement ».

A partir des réponses aux dix variables discriminantes, un algorithme attribue des points, calcule un score et attribue à chaque personne un groupe iso-ressources (GIR). Il existe six groupes dits « iso-ressources », c'est-à-dire censés regrouper des personnes qui peuvent avoir des profils d'incapacité différents, mais qui auraient besoin d'une même quantité d'heures de soins. En pratique, seules les huit premières variables discriminantes sont utilisées pour le calcul du GIR¹⁵.

¹⁴ Souligné par nous

¹⁵ C. Colin « L'outil AGGIR » Etudes et résultats DREES n° 94, cité par Bernard Ennuyer « Repenser le maintien à domicile » Dunod 2006.

L'outil AGGIR produit donc un classement des personnes évaluées par cet outil en six groupes de GIR : 1 à 6. Les personnes classées en GIR 1 sont les plus en incapacité : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et quasi continue d'intervenants. A l'autre extrémité, les personnes classées en GIR 5 ou 6 sont « très peu ou pas dépendantes. »

Comme l'a indiqué de façon imagée à la MIE le docteur Berbezier, « le GIR 1 est une personne qui va n'avoir ni la tête ni les jambes (perte des activités physiques et psychiques). La personne en GIR 2 aura soit la tête soit les jambes, mais pas les deux. La personne en GIR 3 aura besoin d'une aide à la toilette¹⁶, à l'habillage ou pour l'incontinence. La personne en GIR 4 a besoin d'être stimulée, il faut lui rappeler qu'il faut faire les choses. La personne en GIR 6 est complètement autonome et la personne en GIR 5 est autonome à son domicile, plutôt confinée à domicile avec des difficultés pour sortir. »

1.2.1.2. Les critiques adressées à l'outil AGGIR

a) La grille AGGIR n'évalue qu'un niveau d'incapacité, non un besoin d'aide

Pour évaluer un besoin d'aide, il faut intégrer de multiples facteurs complémentaires : le niveau de déficience, l'environnement géographique, affectif, économique de la personne, sa demande, la façon dont elle vit ses difficultés, la façon dont elle veut mener sa vie.

Dès 2003, le rapport du Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie notait que « *en attribuant à chaque personne une position dans six niveaux (GIR), AGGIR n'est qu'un indicateur commode pour résumer simplement une situation complexe. La mise en groupe GIR ne peut donc être assimilée à une évaluation multidimensionnelle, même si elle impose de recueillir des informations qui couvrent une partie de ce qui doit être considéré comme une évaluation complète. D'autres dimensions doivent être ajoutées, comme les activités élaborées, la mobilité, le réseau relationnel, les conditions d'habitat, etc., qui seules permettront d'élaborer ce qui est la finalité de l'évaluation : un plan d'aide* ».

b) La fiabilité des évaluations

Une étude réalisée en 2005 pour la DGAS a montré que la reproductibilité de la grille AGGIR (c'est-à-dire sa capacité à trouver le même classement en GIR d'un test à l'autre) est fortement corrélée au profil professionnel des évaluateurs : les infirmières ont le taux de concordance le plus élevé d'un test à l'autre (73 % de classement identique), les personnels administratifs le plus faible (58 %).

Auditionnés par la MIE, le docteur Christine Berbezier et le professeur Olivier Saint-Jean ont remarqué « *qu'il suffit parfois du changement d'une variable sur les fonctions supérieures pour passer d'un GIR 4 à un GIR 2.[...] La nouvelle version publiée en 2008 ne modifie ni les variables ni l'algorithme de calcul du GIR. Elle a simplement créé des sous-variables sur la cohérence et l'orientation, avec une mise en forme différente des variables de la grille*¹⁷. »

Le professeur Saint-Jean a souligné « *le paradoxe, dans une logique républicaine, à ce que l'attribution d'une prestation repose sur un algorithme d'une grande fragilité* ».

Bien que plus nuancé dans ses critiques, le rapport du groupe de travail n°1 « Société et

¹⁶ « *Je pense que l'entrée dans cette situation de handicap difficile, presque plus psychologiquement que physiquement - pardonnez-moi ma trivialité -, c'est à partir du moment où je dois enlever ma culotte devant quelqu'un. Cela signe une grande difficulté.* » Geneviève Laroque, présidente de la Fondation nationale de gérontologie, audition devant la MIE du 27/04/2011

¹⁷ Audition du 31/05/2011

vieillesse », note que « la grille AGGIR est un outil d'évaluation de la dépendance assez robuste », mais « marqué par une approche sanitaire et fonctionnelle de la perte d'autonomie et [qui] ne décrit pas l'environnement humain et matériel des personnes ».

Le groupe de travail a également relevé que « la question de la reproductibilité à l'échelle nationale reste posée », citant une étude de la DREES montrant que si 62 % des différences d'éligibilité à l'APA entre les départements s'expliqueraient par des caractéristiques socio-démographiques et 6 % par la politique départementale concernant les personnes âgées, **32 % demeurent inexpliquées**.

Il en va de même des troubles cognitifs, pour lesquels une étude récente de l'INSERM « estime à 10 % la proportion de personnes qui, non éligibles à l'APA, sont qualifiées par les professionnels de « personnes ayant une détérioration cognitive évidente ». »

Le groupe de travail considère en définitive que « plutôt que de remplacer la grille AGGIR, il serait davantage pertinent d'ouvrir l'évaluation à des dimensions qui ne sont pas ou peu prises en compte actuellement. La grille AGGIR serait ainsi insérée dans une évaluation plus large, prenant en considération, outre les items AGGIR, l'ensemble de l'environnement humain et matériel des personnes, les besoins médicaux et paramédicaux, les besoins d'aménagement du logement tant pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) que pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ».

C'est dans une démarche de ce type que s'est engagé depuis 2008 le département de la Dordogne, en expérimentant dans onze établissements et services pour personnes âgées de l'arrondissement de Bergerac le système québécois de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et en tirant la conclusion que cette démarche « a permis d'établir des plans d'aide favorisant une approche encore plus humaine, contenant des préconisations sur les services à créer ou à développer, et non pas établis seulement en fonction des services existants à proximité ». Le conseil général envisage à présent de généraliser la démarche à tout le département.

Evaluation des activités réalisées par la personne seule

le 22/01/2010

| 1/ Activités corporelles et mentales | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|------|
| | Ne fait pas | Adverbes | | | | | Code |
| | | S | T | C | H | | |
| 1. Cohérence : communication | <input type="checkbox"/> | 1. Cohérence | A |
| Cohérence : comportement | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Orientation dans le temps | <input type="checkbox"/> | 2. Orientation | A |
| Orientation dans l'espace | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Toilette du haut | <input type="checkbox"/> | 3. Toilette du haut | A |
| Toilette du bas | <input type="checkbox"/> | Toilette du bas | A |
| 4. Habillage du haut | <input type="checkbox"/> | 4. Habillage du haut | A |
| Habillage moyen | <input type="checkbox"/> | Habillage moyen | A |
| Habillage du bas | <input type="checkbox"/> | Habillage du bas | A |
| 5. Alimentation : se servir | <input type="checkbox"/> | 5. Alimentation : se servir | A |
| Alimentation : manger | <input type="checkbox"/> | Alimentation : manger | A |
| 6. Elimination urinaire | <input type="checkbox"/> | 6. Elimination urinaire | A |
| Elimination fécale | <input type="checkbox"/> | Elimination fécale | A |
| 7. Transferts | <input type="checkbox"/> | 7. Transferts | A |
| 8. Déplacements à l'intérieur | <input type="checkbox"/> | 8. Déplacements intérieurs | A |
| 9. Déplacements à l'extérieur | <input type="checkbox"/> | 9. Déplacements extérieurs | A |
| 10. Alerter | <input type="checkbox"/> | 10. Alerter | A |

| 2/ Activités domestiques et sociales | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|------|
| | Ne fait pas | Adverbes | | | | | Code |
| | | S | T | C | H | | |
| 11. Gestion | <input type="checkbox"/> | 11. Gestion | A |
| 12. Cuisine | <input type="checkbox"/> | 12. Cuisine | A |
| 13. Ménage | <input type="checkbox"/> | 13. Ménage | A |
| 14. Transports | <input type="checkbox"/> | 14. Transports | A |
| 15. Achats | <input type="checkbox"/> | 15. Achats | A |
| 16. Suivi du traitement | <input type="checkbox"/> | 16. Suivi du traitement | A |
| 17. Activités du temps libre | <input type="checkbox"/> | 17. Activités du temps libre | A |

GIR

Ne fait pas : Il faut faire à la place, ou "faire faire", ou tout refaire

La case est noire (cochée) si la personne ne fait jamais seule, même partiellement, même difficilement

Fait même difficilement S- Spontanément T- Totalement C- Correctement H- Habituellement

La case est noire (cochée) quand les conditions ne sont pas remplies pour l'adverbe

Une étude du CREDOC de 2008 explore, en partenariat avec la CNAV, à côté de la notion de dépendance, celle de **fragilité**, « *qui serait la résultante* :

- de problèmes de santé liés au vieillissement, prémisses ou non d'un état de dépendance ;
- d'un environnement qui se révèle mal adapté au vieillissement et accentue les problèmes de santé (logement mal adapté, réseau familial et social qui se délite, mobilité en baisse, ressources économiques en baisse avec la retraite mais aussi le décès d'un conjoint, etc.¹⁸) ».

1.2.2. L'allocation personnalisée d'autonomie

1.2.2.1. Définition et conditions

L'APA est une prestation attribuée sur décision du président du conseil général qui s'adresse à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie et nécessitant un soutien. Elle concerne autant les personnes résidant à leur domicile que celles hébergées en établissement. Elle est attribuée sans condition de ressources mais son calcul tient compte des revenus de l'allocataire. Elle ne donne pas lieu à recours sur succession.

Trois conditions sont requises pour bénéficier de l'APA :

- attester d'une résidence stable et régulière en France : pour les personnes de nationalité française, avoir son lieu de résidence en France ; pour les personnes de nationalité étrangère, être titulaire d'un titre de séjour en cours de validité ;
- être âgé de 60 ans et plus ;
- avoir besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne ou d'être surveillé régulièrement. Le degré de perte d'autonomie est évalué par la grille AGGIR (cf. *supra* 1.2.1.).

L'APA est réservée aux personnes relevant des GIR 1 à 4. Les personnes des GIR 5 et 6 en sont exclues.

L'APA est une prestation en nature personnalisée : elle est affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire.

L'APA en établissement aide les bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance d'un séjour temporaire ou permanent en EHPAD. Le tarif dépendance est l'un des trois composants de la tarification des établissements (cf. *infra* 3.3.4), les deux autres étant le tarif hébergement et le tarif soins.

L'APA à domicile sert à financer toutes les dépenses figurant dans le plan d'aide personnalisé de la personne âgée. Les aides peuvent être humaines ou techniques :

- humaines : aide ménagère, blanchisserie, garde à domicile, service de transport, dépannage et petits travaux divers ;
- techniques : fauteuils roulants, déambulateurs, lits médicalisés, lève malades, travaux d'aménagement et de sécurisation du domicile.

¹⁸ La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures, CREDOC Cahier de recherche n° 256 décembre 2008, p 16.

1.2.2.2. Quel est son montant ?

Le montant de l'APA varie selon le degré de perte d'autonomie. Une participation (ticket modérateur) est demandée au bénéficiaire de l'aide en fonction de ses ressources.

Cette participation peut être nulle pour les revenus les plus faibles ou égale à 90 % du plan d'aide notifié pour les revenus les plus élevés. Lorsque le ticket modérateur est nul, la prise en charge publique ne peut excéder le montant du plafond national applicable, même si les besoins de la personne tels qu'évalués par l'équipe médico-sociale nécessitent des dépenses plus élevées.

Depuis le 1er avril 2011, les nouveaux plafonds APA selon la classification GIR sont :

- 1 261,60 € en GIR 1
- 1 081,37 € en GIR 2
- 811,03 € en GIR 3
- 540,69 € en GIR 4

Pour l'APA à domicile, le montant de l'allocation est égal à la différence entre le montant du plan d'aide déterminé par l'équipe médico-sociale et la participation du bénéficiaire de l'allocation.

Le département de Paris¹⁹ a souhaité renforcer le montant de l'APA à domicile pour les bénéficiaires disposant de faibles revenus :

- en portant le seuil d'exonération de la participation réclamée aux bénéficiaires de 695 € - seuil national - à 1 000 € ;
- en minorant le montant de cette participation pour les bénéficiaires disposant de revenus compris entre 1 000 € et 1 200 €.

Pour autant le barème de l'APA à domicile est défavorable sur deux points. Il n'est pas assez progressif en fonction du niveau de dépendance, c'est-à-dire qu'il prend mieux en charge les petites dépendances que les dépendances lourdes. Par ailleurs il n'est pas très favorable en termes de ressources.

Lors de son audition par la MIE, Geneviève Gueydan a souhaité donner l'exemple de Henriette et celui de Gontran, deux cas réels.

Henriette est seule et sans enfant, elle est en GIR 3, et dispose de ressources modestes - 1 300 € mensuels - mais n'est pas à l'aide sociale légale. Sur 820 € que va lui coûter sa prise en charge à domicile en prestataires, pour 38 heures dans le mois, Henriette va payer presque 200 € par mois. Compte tenu du barème de l'APA, elle va payer 200 € par mois avec 1 300 € de ressources.

Gontran, seul et sans enfant, est en GIR 2. il a des ressources de 1 545 € mensuels. L'équipe d'évaluation a estimé ses besoins à 120 heures par mois, soit un peu plus de trois heures par jour. Pourtant le barème de l'APA, pour quelqu'un en GIR 2, est de 59 heures. Compte tenu de ses ressources, le département va financer les deux tiers des 59 heures, soit 682 €, alors que le besoin global de Gontran s'élève à 2 212 €.

L'APA en établissement dépend de trois éléments :

- le degré d'autonomie de la personne âgée (GIR) ;
- la tarification de l'établissement ;

¹⁹ Délibération 2011 DASES 29-G

- les ressources de la personne âgée.

1.2.2.3. Le mode de financement de l'APA

Le financement a été confié aux départements avec une part de la solidarité nationale répartie par péréquation par la CNSA. Les critères de péréquation sont les suivants :

- la population âgée de plus de 75 ans ;
- les dépenses d'APA ;
- le potentiel fiscal de l'année précédant la répartition ;
- le nombre de bénéficiaires du RSA.

La répartition nationale entre les deux sources de financement, voulue équivalente à l'origine du dispositif, a été en 2010 de 71,5 % pour les départements, soit 3,8 Md€, contre 28,5 % pour la CNSA, soit 1,51 Md€.

Le département de Paris, en 2010, pour une dépense d'APA de 136,1 M€, a reçu de la CNSA un concours d'un montant de 8,7 M€, soit un taux de concours de 6,3 %.

1.2.3. Les allocataires parisiens

1.2.3.1. Des allocataires moins nombreux mais plus dépendants qu'en moyenne nationale

1. Un taux de couverture légèrement inférieur à la moyenne nationale

29 918 allocataires de l'APA au 31/12/2010 sur 417 500 parisiens de plus de 60 ans, soit un taux de 7,1 % à comparer avec la moyenne nationale qui est de 8,6 %.

2. Des allocataires majoritairement femmes et âgées

12 % des allocataires de l'APA ont entre 60 et 74 ans, 29 % de 75 à 84 ans, et 33 % 85 ans et plus.

Si la population couverte par l'APA ne représente que 1 % dans la tranche d'âge 60-74 ans, ce taux monte à 7 % de 75 à 84 ans et surtout à 33 % à 85 ans et plus. Il convient cependant de noter *a contrario* que les deux tiers des plus de 85 ans ne sont pas considérés comme dépendants.

La DASES ne dispose malheureusement pas de statistiques croisant le GIR d'une part, le sexe et l'âge d'autre part.

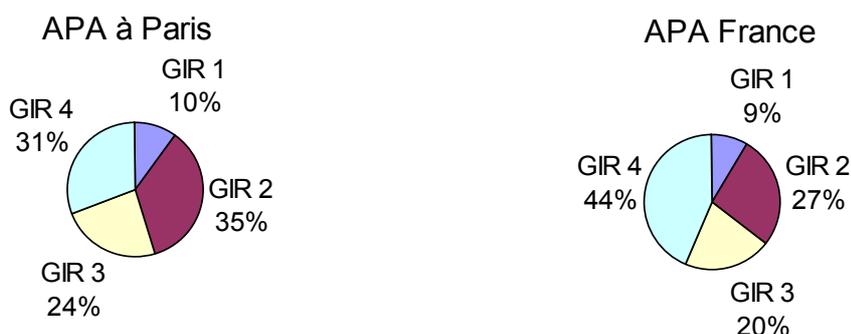
Les femmes représentent cependant 76 % des bénéficiaires de l'APA à domicile et 80 % des bénéficiaires de l'APA en établissement.

3. Une répartition allocataires à domicile/allocataires en établissement voisine de la moyenne nationale

17 530 allocataires de l'APA la perçoivent à domicile, soit 58,6 % (moyenne nationale : 61 %) et 12 388 en établissement, soit 41,4 %.

4. La répartition par GIR : des allocataires plus dépendants

45 % des allocataires parisiens sont en GIR 1 et 2, pour une moyenne nationale de seulement 36 %.



Source : DASES et DREES

1.2.3.2. Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont en moyenne plus dépendants qu'en moyenne nationale

| en % | Paris | Moyenne nationale |
|-------|-------|-------------------|
| GIR 1 | 16,0 | 18,4 |
| GIR 2 | 47,0 | 41,0 |
| GIR 3 | 16,0 | 17,0 |
| GIR 4 | 21,0 | 23,6 |

Sources : DASES et DREES

63 % des allocataires de l'APA en établissement sont en GIR 1 et 2, contre seulement 59,4 % en moyenne nationale. Ils perçoivent un montant moyen de l'APA légèrement inférieur à la moyenne nationale.

| | Paris | | Moyenne nationale | | Maximum |
|----------|-----------------|----------------|-------------------|----------------|----------|
| | versé par le CG | Reste à charge | versé par les CG | Reste à charge | |
| GIR 1 | 404,69 | 220,8 | 413 | 176 | 1 235,65 |
| GIR 2 | 395,04 | 211,86 | | | 1 059,13 |
| GIR 3 | 196,83 | 177,32 | 207 | 161 | 794,35 |
| GIR 4 | 195,18 | 177,23 | | | 529,56 |
| Ensemble | 323,88 | 200,66 | 329 | 170 | |

Sources : DASES et DREES

1.2.3.3. Les bénéficiaires de l'APA à domicile : des attributions insuffisantes au fur et à mesure de la perte d'autonomie

Les personnes en GIR 1 et 2 représentent un tiers des bénéficiaires de l'APA à domicile, alors qu'ils ne sont que 20 % en moyenne nationale. Ce chiffre tend à montrer à Paris un maintien à domicile persistant même dans les niveaux de dépendance élevés.

| en % | Paris | Moyenne nationale |
|-------|-------|-------------------|
| GIR 1 | 5,73 | 2,6 |
| GIR 2 | 26,42 | 17,8 |
| GIR 3 | 28,46 | 21,7 |
| GIR 4 | 39,39 | 57,9 |

Sources : DASES et DREES

Montant moyen de l'APA à domicile

| | Paris | | Moyenne nationale | | Maximum |
|----------|-----------------|----------------|-------------------|----------------|----------|
| | versé par le CG | Reste à charge | versé par les CG | Reste à charge | |
| GIR 1 | 783,6 | 358,79 | 820 | 184 | 1 235,65 |
| GIR 2 | 597,63 | 314,27 | 627 | 159 | 1 059,13 |
| GIR 3 | 463,58 | 206,94 | 468 | 112 | 794,35 |
| GIR 4 | 301,67 | 119,03 | 283 | 65 | 529,56 |
| Ensemble | 453,6 | 209,38 | 400 | 93 | |

Sources : DASES et DREES

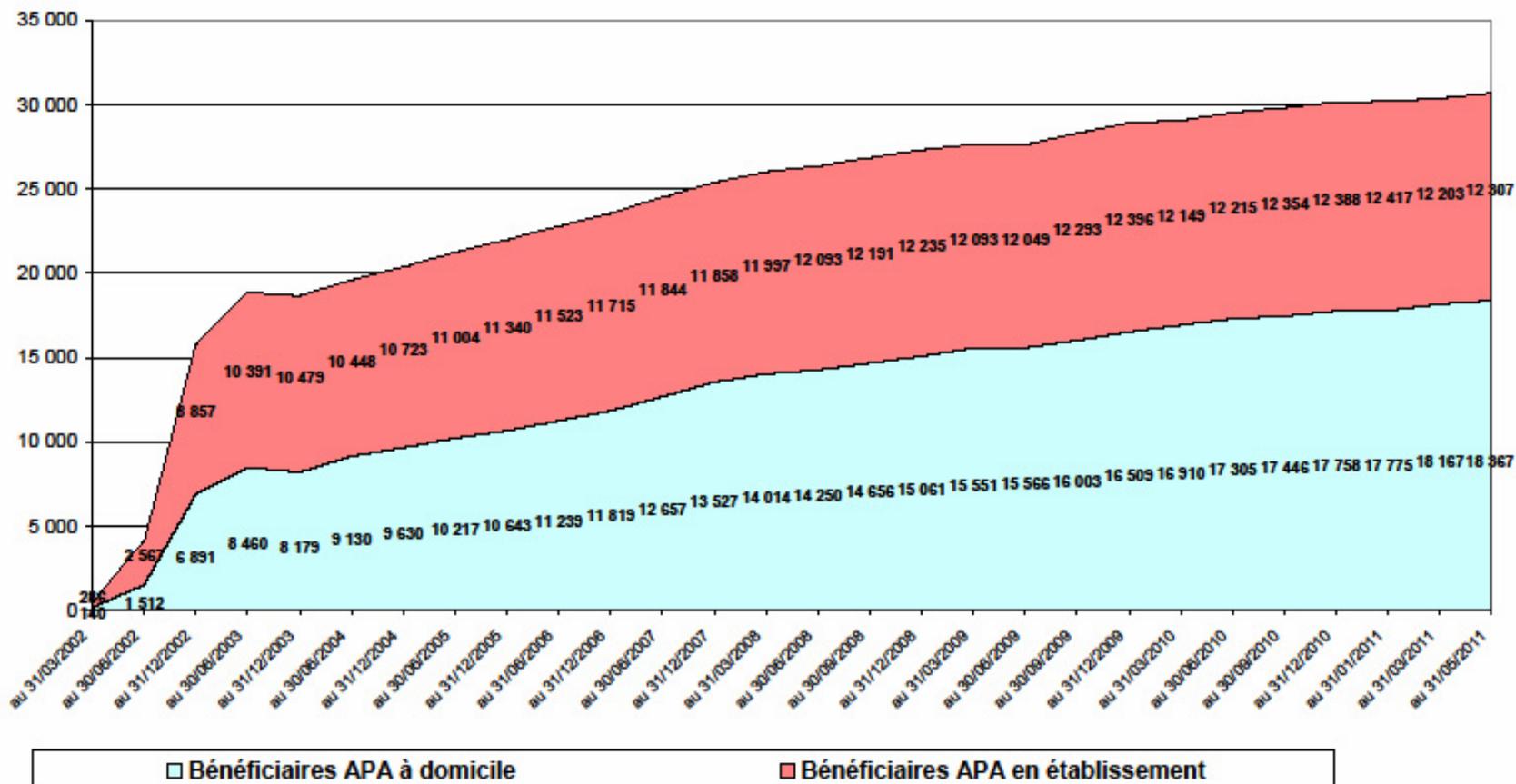
1.2.3.4. L'évolution du nombre d'allocataires de l'APA : une progression dynamique

Depuis sa mise en place en 2002, le nombre de bénéficiaires de l'APA a été multiplié par trois. On comptait 10 748 allocataires au 31/12/2002, on en dénombre 30 674 au 31/05/2011.

La répartition entre bénéficiaires de l'APA à domicile et bénéficiaires en établissement s'est fortement infléchie. Alors que de 2003 à 2005, plus d'un allocataire sur deux était bénéficiaire de l'APA en établissement, à partir de 2006 la proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile dépasse 50 % pour augmenter régulièrement jusqu'à quasiment 60 % en mai 2011.

La progression du nombre d'allocataires de l'APA provient donc des allocataires de l'APA à domicile, alors que le nombre d'allocataires en établissement paraît demeurer stable depuis 2008.

EVOLUTION DU NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE L'APA A DOMICILE ET EN ETABLISSEMENT



DASES/SDAS/Bureau de la réglementation

2. LE CONTEXTE DU DEBAT NATIONAL

2.1. Un contexte institutionnel peu lisible

2.1.1. Les collectivités territoriales ont un rôle déterminant dans la prise en charge de la perte d'autonomie

2.1.1.1. *La compensation de la dépendance est principalement portée par le département*

Le **département** apparaît comme l'acteur central de la mise en œuvre des réponses apportées à la problématique de la perte d'autonomie. Il tient ce rôle de ses compétences en matière de politiques sociales qui lui confie d'une part la surveillance des établissements et des structures de service à la personne, d'autre part les réponses individuelles d'aide légale et extra-légale.

Le président du Conseil Général dispose tout d'abord du pouvoir d'autorisation relatif à la création, et à l'extension, des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il en assure le contrôle et peut être amené à décider de leur fermeture en cas de dysfonctionnements. Il fixe le tarif de l'établissement lié à la prise en charge de la dépendance et, lorsque l'établissement est habilité à recevoir des pensionnaires bénéficiant de l'aide sociale, il en fixe le tarif d'hébergement.

L'instruction des demandes est cependant partagée avec l'ARS qui doit accorder les crédits de l'assurance maladie pour les soins assurés au sein de l'établissement. Cette responsabilité partagée se traduit par la conclusion de conventions tripartites qui définit les objectifs d'accueil et prise en charge des pensionnaires.

Ce pouvoir d'autorisation s'étend aux services d'aide à domicile (SAAD) dont le tarif est également négocié en fonction d'objectifs de qualité et d'intégration dans le dispositif global de prise en charge de la perte d'autonomie.

Le Département autorise également l'ouverture des centres d'accueil de jour (CAJ) ainsi que les différentes formes d'hébergement alternatives à l'accueil en EHPAD (petites unités de vie, accueil familial...), il en assure le contrôle.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est accordée par le Président du Conseil Général. L'instruction des demandes est réalisée par les équipes médico-sociales APA rattachées aux services sociaux départementaux, il leur appartient d'évaluer le degré de dépendance des demandeurs et d'établir le plan d'aide qui déterminera le montant de l'allocation accordée et, selon que l'aide est apportée à domicile ou non, le contenu des services proposés ou le classement tarifaire du bénéficiaire en établissement.

En matière d'aide sociale légale, les départements financent et attribuent l'aide sociale à l'hébergement qui permet en particulier la solvabilisation des personnes hébergées en EHPAD. Ils ont également la charge de l'aide ménagère à domicile (aide légale distincte des aides comprises dans les plans d'aide APA) et les prestations aux personnes handicapées âgées. Ces prestations peuvent être complétées par des aides extra-légales.

Enfin, le schéma gérontologique départemental est réalisé par les services du département. Il prévoit pour une durée de cinq ans les principales orientations en matière de développement de l'offre d'hébergement, des services à la personne et des moyens mis en œuvre pour la prévention de la perte d'autonomie par l'action de la collectivité en faveur de l'activité des seniors, du logement et de l'offre de soins.

Il convient de mentionner également ici que le département assure le pilotage des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), structures autonomes dont le rôle et le fonctionnement sera précisé plus loin.

2.1.1.2. *Les communes restent le pivot de la prise en charge des difficultés individuelles*

La **mairie** et le **centre communal d'action sociale** restent les points de contacts incontournables de la politique en faveur des personnes âgées et plus spécifiquement lorsqu'elles sont en perte d'autonomie. Alors que parfois les circuits de prise de décision et de financement peuvent apparaître peu compréhensibles aux demandeurs d'aide, le recours à la mairie, ou à son établissement public, est une démarche de proximité naturelle.

Les CCAS apportent des réponses concrètes au problème du maintien à domicile à travers une offre de logements adaptés, mais aussi les services de port de repas, d'aide ménagère et de soins ou de surveillance à distance. La diversité de l'offre en direction des personnes âgées s'insère également dans la logique de prévention à travers les différentes activités visant au maintien du lien social, au bien être physique ou à la santé.

Il faut également souligner l'importance de l'aménagement urbain en tant que composante de l'autonomie des personnes fragilisées par l'âge, s'agissant non seulement de l'accessibilité de l'espace public, mais aussi des déplacements ou du maintien du commerce de proximité.

Enfin, l'échelon communal est par nature le niveau où peut s'exprimer la citoyenneté des seniors, tant par leur intégration dans les instances de consultation et de vie collective festive, culturelle ou sportive, que dans leur apport bénévole à la vie associative locale.

2.1.1.3. *Les régions ont un rôle marginal mais non négligeable*

Les **régions** n'ont pas de compétence spécifique pour ce qui touche à la politique en faveur des personnes âgées, elles marquent cependant leur présence à travers plusieurs compétences importantes et sont généralement désireuses d'accroître leur action dans ce domaine :

- en matière de formation, l'intervention des régions vient soutenir le développement des services à la personne qui sont souvent présentés comme un gisement d'emplois mais se heurtent à la difficulté de trouver du personnel suffisamment qualifié ;
- en matière de mobilité et d'aménagement du territoire, la région peut agir en faveur du développement d'une offre de transports adaptés et faciliter l'installation sur des bassins de vie pertinents de services et équipements destinés, prioritairement ou non, à répondre aux besoins des personnes âgées ;
- les régions peuvent contribuer financièrement à la création des équipements d'accueil et hébergement pour les personnes en perte d'autonomie (EHPAD, CAJ, CLIC).

2.1.2. **La solidarité nationale s'exprime à travers plusieurs sources d'intervention**

2.1.2.1. *La santé reste le premier poste de dépense pour la prise en charge de la perte d'autonomie (CNAM, ARS)*

Les dépenses d'**assurance maladie** liées à la santé représentent le premier poste de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Le chiffre de 12,5 Md€ est avancé dans les rapports parlementaires sur la prise en charge de la dépendance. L'impact sur le budget de l'assurance maladie peut cependant être l'objet d'évaluations sensiblement différentes en fonction du périmètre retenu pour en faire l'estimation.

On citera ainsi l'Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie (ONDAM) dont la structure distingue d'une part les dépenses de soins de ville et soins hospitaliers, estimées à 4 738 Md€, d'autre part les dépenses médico-sociales destinées à couvrir en particulier la partie soins du budget des EHPAD qui s'élève à 6 267 Md€.

L'usage des sommes consacrées par l'assurance maladie aux soins hospitaliers et les dépenses de l'ONDAM médico-social est contrôlé par l'**Agence régionale de santé (ARS)**. Celle-ci détermine le budget des EHPAD pour la part consacrée aux soins et partage donc le pouvoir de décision de l'autorité départementale, ce qui s'exprime par son engagement dans la discussion des conventions tripartites.

Les agences régionales de santé sont des établissements publics placés sous les tutelles des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Elles ont en charge les missions qui étaient antérieurement exercées par les agences régionales d'hospitalisation, les directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales, ainsi que celles qui étaient dévolues aux caisses régionales d'assurance maladie.

Leurs compétences s'expriment bien sûr de manière privilégiée dans la détermination de la carte sanitaire, en définissant l'offre établissements hospitaliers, acteurs essentiels de la politique de prise en charge de la perte d'autonomie. Elles autorisent par ailleurs les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dont elles encadrent le budget.

En créant les ARS, la loi HPST de juillet 2009 a voulu unifier le système de santé en associant l'ensemble des acteurs régionaux de santé à l'échelon déconcentré. L'apport essentiel de la réforme pour ce qui est de la réponse à la perte d'autonomie tient à la réunion des compétences concernant le secteur sanitaire et le secteur médico-social. L'ARS dispose ainsi de la capacité de réorienter des dépenses hospitalières vers les structures médico-sociales dans une logique de prévention des hospitalisations évitables et d'un accompagnement sanitaire plus adapté des personnes fragilisées par l'âge.

2.1.2.2. *La CNSA répartit les crédits et contribue à l'amélioration de la prise en charge de la dépendance*

La **Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie (CNSA)** est à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique. Elle a pour mission de contribuer au financement des aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, promouvoir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

La caisse concentre et répartit deux types de ressources :

- des crédits affectés à la CNAM, au titre de l'ONDAM pour la partie relative aux dépenses médico-sociales ;
- des ressources qui lui sont affectées en propre : une fraction de 0,1 % du produit de la CSG et la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

Dans sa mission financière, elle intervient donc pour la répartition des crédits d'assurance maladie déterminés par l'ONDAM médico-social auxquels elle agrège une partie de la CSA pour la détermination d'une enveloppe limitative nommée Objectif global de dépenses (OGD) qui sera répartie en enveloppes régionales et départementales destinées aux ARS, en fonction des besoins locaux de financement des établissements d'accueil et services de soins à destination des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les recettes propres de la caisse servent principalement à financer, outre la fraction de l'OGD non couverte par l'ONDAM, les concours aux départements pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, la

Prestation de Compensation du Handicap et les MDPH. Une fraction de ces ressources est par ailleurs utilisée sous forme d'aides à l'investissement des établissements et aux actions de formation et professionnalisation.

La caisse intervient pour rééquilibrer les moyens mis en œuvre sur le territoire national en agissant principalement :

- par l'affectation des crédits de l'OGD ;
- en effectuant une péréquation dans la répartition des crédits représentant la part Etat du financement de l'APA.

La caisse développe ainsi les outils de définition des priorités financières en établissements et services et procède à une répartition des crédits sur la base de critères délibérés par son conseil et visant à mieux répondre aux besoins, à réduire les inégalités régionales et départementales et diversifier l'offre de services, en s'appuyant également sur les besoins prioritaires locaux identifiés dans les Programmes interdépartementaux du handicap et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Par ailleurs, le concours de la CNSA au financement de l'APA par les budgets départementaux donne lieu à une répartition sur la base de critères fixés par la loi dont la pondération est déterminée par la voie réglementaire et qui reposent sur le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, le potentiel fiscal de chaque département, le nombre de bénéficiaires du RSA et la dépense annuelle au titre de l'APA²⁰.

L'application de ces critères est corrigée par un mécanisme ayant pour objet de plafonner le rapport entre la charge nette d'APA (dépenses moins concours) et le potentiel fiscal du département, à un taux déterminé par arrêté interministériel, qui ne peut être supérieur à 30 %.

La CNSA est aujourd'hui chargée, outre ses fonctions de caisse, d'assurer un rôle d'expertise, d'appui ou de proposition s'agissant :

- des référentiels d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie et des méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;
- de l'élaboration des schémas nationaux et des programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
- des aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes, de l'évaluation de ces aides et de la qualité des conditions de leur distribution ;
- de la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées ;
- d'actions de recherche et de la coopération avec des institutions étrangères dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie.

²⁰ Pour améliorer le niveau d'aide aux départements connaissant le plus de difficultés pour financer l'APA, le conseil d'administration de la CNSA a adopté le 29 juin 2010 un projet visant à demander au pouvoir réglementaire d'adapter les critères de péréquation de la manière suivante :

- le nombre de bénéficiaires du RSA ne serait plus pris en compte ;
- le critère du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans passerait à une pondération de 40% ;
- le critère de la dépense d'APA par habitant passerait de 20% à 60% ;
- le critère du potentiel fiscal, qui permet de corriger les résultats précédents en fonction de la richesse fiscale du département, passerait de -25% à -30%.

Cette proposition de réforme n'a pas été suivie d'effet à ce jour.

2.1.2.3. Interventions de la CNAV et la CNAF

La **Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV)** a une mission d'action sociale visant à favoriser la prévention de la perte d'autonomie des retraités les plus fragiles. Son action, déclinée par les caisses régionales, se concentre sur les retraités relevant des GIR 5 et 6 socialement les plus fragiles, notamment en raison de leur âge, de leur isolement social et de leurs conditions de vie, en leur proposant une offre de services diversifiée basée sur un accompagnement individualisé.

Une évaluation est proposée au domicile du demandeur d'aide. Si nécessaire la caisse prend partiellement en charge un Plan d'actions personnalisé (PAP) de services. Plusieurs types d'aide peuvent être co-financés : ateliers prévention des chutes, ateliers mémoire, aides techniques, transport et accompagnement, aide psychologique, installation et abonnement d'une téléassistance, l'aide à l'exécution des actes de la vie quotidienne, l'aide au ménage, l'aide aux courses. Un soutien psychologique et une aide administrative peuvent aussi être mis en place.

Dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, la CNAV propose l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) des retraités présentant une perte d'autonomie momentanée : dès leur sortie d'hôpital un évaluateur professionnel se rend au domicile pour établir un bilan des besoins du retraité et proposer les réponses personnalisées (aide aux courses, aides techniques, portage de repas, etc.) qui peuvent être partiellement financées par la CNAV pendant trois mois.

Les caisses interviennent également en matière d'aménagement de l'habitat afin d'améliorer le confort de vie mais également anticiper l'inadaptation liée à la dépendance en proposant l'intervention de professionnels contribuant à la préconisation, à la mise en oeuvre et au financement de travaux.

Pour 2010, la CNAV indique 346 000 bénéficiaires d'une aide de l'action sociale dont 246 000 bénéficiaires d'un plan d'action personnalisé. Le montant total des dépenses du Fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées (FNASSPA) était de 446,8 M€ en recul de 2,5 % par rapport à 2009²¹.

Les **Caisses d'allocations familiales** interviennent par l'attribution des aides au logement attribuées sous conditions de ressource. L'Allocation de logement sociale (ALS) et l'Aide personnalisée au logement (APL) peuvent être attribuées pour l'hébergement en EHPAD ou en foyer-logement. L'Allocation de logement familial (ALF) peut favoriser le maintien au foyer familial des ascendants qui sont pris en compte dans les critères d'attribution. Les CAF proposent également des prêts à l'amélioration de l'habitat qui peuvent faciliter l'adaptation du logement. La CNAF a consacré 568 M€ aux aides apportées aux personnes âgées en 2010.

2.1.3. L'initiative privée est fortement présente dans l'offre de service aux personnes âgées en perte d'autonomie

2.1.3.1. Le secteur associatif : une présence historique mais fragile

Le secteur associatif est présent depuis très longtemps dans l'offre de services, qu'elle soit d'hébergement ou d'aide au maintien à domicile. Le dynamisme de ce secteur s'est nourri de trois sources : la transmission des congrégations et œuvres de solidarité religieuse, le mouvement humaniste de l'économie sociale et solidaire et l'action sociale des mutuelles de santé et de retraite.

On retrouve le secteur associatif dans la gestion des établissements d'hébergements où il représentait, en 2007, 25 % des places d'hébergement pour personnes âgées EHPAD ou non-EHPAD, de même que dans les unités de soins de longue durée hospitalières. Les établissements sanitaires et médicaux sociaux du secteur associatif sont dans leur majorité regroupés, notamment au sein de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP).

²¹ CNAV - rapport d'activité 2010

Le secteur associatif est également présent dans le secteur des services à la personne. L'Union nationale d'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) regroupe et représente 1 200 associations en France dont 25 à Paris, 15 d'entre elles étant soumises au régime de l'autorisation. L'ADMR (Aide à domicile en milieu rural) est également présente à Paris et regroupe cinq associations de services à la personne et un Service de soins infirmiers à domicile autorisé pour le 20ème arrondissement de Paris.

Cette structure fédérative donne au secteur associatif une réelle capacité de proposition et d'innovation, en particulier sur la continuité de la prise en charge entre structures sanitaires et maintien à domicile.

Selon plusieurs rapports, le secteur associatif connaît actuellement des difficultés financières, liées en partie à la pression concurrentielle introduite par l'ouverture des services à la personne aux entreprises disposant d'un agrément²². En effet, les efforts de formation et de qualité de service, appuyés sur une convention collective plus favorable aux salariés, ont joué en défaveur des structures associatives, plusieurs cas de dépôt de bilan ont été relevés au cours des derniers mois (cf. *infra* 5.1.2.1.).

2.1.3.2. *Le secteur privé commercial s'est fortement développé au cours de la dernière décennie*

Les perspectives démographiques, une rentabilité et une sécurité supérieure à la moyenne des placements immobiliers, ainsi que des incitations fiscales, ont appelé l'intérêt des épargnants et investisseurs pour le secteur des maisons de retraite. Plusieurs grands groupes gestionnaires d'EHPAD sont aujourd'hui cotés en bourse et connaissent un développement rapide qui s'étend à l'international. Ces groupes disposent de capitaux et de savoir-faire qui permettent des réalisations rapides.

De ce fait, les initiatives du secteur privé lucratif ont pris une place importante : selon la Fédération hospitalière de France, 61% des places pour personnes dépendantes ont été créées par des promoteurs privés entre 2003 et 2007. Au 31 décembre 2007 le secteur privé lucratif représentait 16 % des places d'hébergement EHPAD ou non-EHPAD.

Si les tarifs pratiqués dans le secteur privé lucratif sont généralement plus élevés que dans les secteurs public et associatif, des initiatives visant à rationaliser les modes de conception et de construction des établissements viennent nourrir les réflexions sur la maîtrise du reste à charge pour les familles.

Lors de son audition par la MIE, Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE²³, Présidente du groupe Korian, a ainsi présenté les projets de son groupe pour réduire les coûts d'hébergement en réduisant la part de l'investissement sur le prix de journée.

Pour ce faire, il a été conçu un modèle d'établissement en recourant à la standardisation, la modularisation et la préfabrication. La réflexion a également été dirigée vers la limitation des espaces aux minimums réglementaires et la répartition des résidents en plusieurs petites unités de vie. La recherche du meilleur confort au moindre coût s'appuie par ailleurs sur la conception de modules de chambres par un architecte d'intérieur sur un modèle unique.

L'initiative privée commerciale s'est également fortement développée dans le secteur de l'aide à domicile dans le sillage de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne. Avant la mise en œuvre du plan Borloo on comptait 6 000 structures d'aide à domicile à

²² Sur ce point, voir également *infra* 5.1.3.

²³ Audition du 18 mai

l'échelle nationale, aujourd'hui la procédure d'agrément a fait passer ce chiffre à 20 000²⁴, le nombre des entreprises privées ayant progressé beaucoup plus vite que celui des structures associatives.

2.2. Le débat sur le financement de la dépendance

2.2.1. Le dispositif actuel reste inachevé

2.2.1.1. La prise en charge de la dépendance est inégale et insuffisante

Disparités départementales

L'analyse des attributions de l'APA dans les départements montre qu'il existe des différences sensibles sur les aides attribuées qui laissent percevoir des différences de traitement, et donc d'équité, selon le lieu de résidence du demandeur.

L'étude de la DREES menée en 2005 (cf. supra 1.2.1.2. b) et faisant l'analyse de ces disparités montrait que la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans bénéficiaires de l'APA est très différente selon les départements²⁵,

Dans le modèle explicatif, les variations dans la répartition des bénéficiaires de l'APA sont corrélées :

- à 60 % par des facteurs démographiques (âge, sexe) ou socioprofessionnels (catégories professionnelles, nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse, ressources) ;
- à 6% par les indicateurs de la politique propre du département (taux d'équipement en EHPAD, potentiel fiscal, importance de l'aide sociale départementale) ;
- pour un tiers, des écarts sont inexpliqués et renvoient à des éléments discrétionnaires ou liés à l'environnement.

Dans son rapport annuel 2009, la Cour des Comptes relevait que les disparités entre départements portent sur quatre éléments :

- la conception des plans d'aide : le périmètre de ces plans peut varier considérablement en proposant, par exemple, des mesures plus ou moins détaillées en matière de logement ou de soutien aux aidants familiaux ;
- les règles d'attribution et le contenu de la prestation : existence de prestations extralégales facultatives en complément de l'APA, de conditions d'attribution particulières (ouverture du droit à l'APA à compter de la date de réception du dossier complet par les services du conseil général et non à la date de notification de la décision d'attribution ; exonération partielle des usagers de l'augmentation du ticket modérateur ...) ;
- l'organisation des équipes médico-sociales chargées d'élaborer le plan d'aide : encadrement médical plus ou moins important ; rythmes de visites des bénéficiaires variables ; méthodes d'intervention non harmonisées ; actions de formation des intervenants peu développées ;
- la gestion des dossiers et, en particulier, le contrôle de l'efficacité des plans d'aide : les contrôles ne sont pas systématiques.

En tout état de cause, ces différences d'approche conduisent à des disparités financières : l'échantillon étudié par la Cour révèle ainsi que le montant mensuel moyen des plans d'aide (tous GIR

²⁴ Audition de M. Bernard Ennuyer

²⁵ Au 31/12/2008, elle allait de 122 à 344 bénéficiaires pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (données DREES mai 2010)

confondus) de l'APA à domicile varie de 432 euros dans le département de la Drôme à 533 euros dans le Territoire de Belfort, pour une moyenne nationale de 490 euros par mois. Quant à la part restant à la charge des bénéficiaires, elle peut varier du simple au double : si le « ticket modérateur » des bénéficiaires en GIR 1 est de 88 euros par mois dans le Territoire de Belfort, il s'élève à 149 euros dans le Calvados et à 156 euros en moyenne au niveau national.

Insuffisance des aides attribuées

Par ailleurs, les montants des aides attribuées au titre de l'APA sont insuffisants pour répondre aux besoins des personnes, et cela de manière croissante relativement au niveau d'aide nécessaire pour faire face à la perte d'autonomie.

Pour illustrer ce constat, pour ce qui est de l'APA en établissement, on met fréquemment en regard le niveau moyen des retraites qui est d'environ 1 600 € par mois, et de 1100 € pour les femmes²⁶, pour un coût mensuel en établissement allant de 1500 € et 2 900 €²⁷.

L'APA à domicile amène aux mêmes conclusions mais avec un effet encore plus marqué quant à l'inadéquation entre les sommes accordées dans les plans d'aide et la réalité du besoin pour les personnes les plus dépendantes.

Les plafonds APA correspondent en effet à un nombre d'heures d'aides limité :

| GIR | Plafond mensuel APA en € | Plafond mensuel APA en heures à 18,80 € | Nombre d'heures par jour |
|-----|--------------------------|---|--------------------------|
| 1 | 1 261,60 | 67 | 2 |
| 2 | 1081,37 | 58 | 2 |
| 3 | 811,03 | 43 | 1 |
| 4 | 540,69 | 29 | 1 |

Cette situation peut être illustrée par l'exemple donné par Geneviève Gueydan lors de son audition (cf. supra 1.2.2.2) : Gontran qui ne peut plus se lever seul a besoin d'une aide quotidienne d'au moins quatre heures pour le lever et le coucher, la toilette, le ménage, les courses, les repas, se vêtir et si possible faire une courte sortie pour ne pas devenir totalement grabataire.

L'évaluation de l'équipe APA a donc porté sur 120 heures mensuelles, soit le double de ce que permet le montant maximum de l'APA à domicile. Gontran doit donc soit disposer du complément de financement nécessaire, soit se contenter d'une compensation fonctionnelle à la moitié de son besoin, soit satisfaire ses besoins en employant directement un salarié non qualifié sur la base du SMIC.

On remarquera à cette occasion que les équipes départementales d'évaluation APA sont parfois amenées à se « censurer » dans les préconisations des besoins d'aides qu'ils constatent afin de demeurer dans les limites de ce que permet de financer le GIR du bénéficiaire. Ils peuvent cependant parfois considérer que l'expression réelle du besoin est nécessaire afin de transmettre une évaluation

²⁶ cf. INSEE : Femmes et Hommes - Regards sur la parité - Édition 2008

²⁷ Audition de M. Stéphane Paul, 29 juin. Cette fourchette met en avant des coûts moyens, il peut exister des établissements beaucoup plus chers.

exacte de l'état de la personne, dans l'hypothèse par exemple d'une demande d'admission prochaine en établissement.

Dans une étude²⁸ visant à évaluer la part du plan d'aide qui dépasserait le plafond de l'APA, la DREES a montré que près d'un tiers (31,4 %) des bénéficiaires les plus dépendants consacraient plus de la moitié de leurs ressources (au sens de l'APA) pour compenser leur perte d'autonomie. En GIR 4, l'écart est beaucoup moins important : 0,3 % des bénéficiaires ont un ticket modérateur dépassant la moitié de leurs ressources, et 1,1 % ont un « reste à charge », ticket modérateur et dépassement du plafond, qui excède la moitié de leurs ressources.

2.2.1.2. *La barrière d'âge existant entre le dispositif handicap et le dispositif dépendance est artificielle*

Un élément important du débat relatif à la dépendance tient à la différence de prise en charge des besoins de compensation lorsqu'ils relèvent de personnes faisant l'objet d'une perte d'autonomie fonctionnelle, totale ou partielle, constatée avant soixante ans, qui relève de la prise en charge du handicap, ou après cet âge et qui sont alors dirigés vers l'allocation personnalisée d'autonomie destinée aux plus de soixante ans.

Cette distinction a été maintes fois critiquée pour son caractère arbitraire (cf. supra 1.2.). De fait un handicap dont la reconnaissance n'est faite qu'après la barrière des soixante ans donnera lieu à une prise en charge sociale dans des conditions beaucoup moins favorables (cf. annexe 1) que si les circonstances en avaient placé le point de départ quelques semaines auparavant.

On rappellera que l'article 13 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoyait la suppression de la barrière d'âge dans un délai de cinq ans. La perspective de réalisation de cet objectif a cependant été repoussée et écartée des conclusions des groupes de travail du débat national sur la dépendance en raison de ses incidences financières.

2.2.1.3. *Les aidants ne sont pas suffisamment pris en compte*

Le débat national sur la dépendance a été l'occasion de mettre en relief le rôle indispensable des aidants, mais aussi la fragilité de leur situation. Leur apport est considérable, les estimations concordent en Europe pour établir à 80 % la part des heures de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie assurée par les aidants. En France, le rôle d'aidant concerne environ trois millions de personnes.

A l'occasion de leur audition, Mmes Laure Martin et Christine Patron ont mis en avant à ce sujet deux données importantes :

- lorsque les malades d'Alzheimer sont aidés par leur conjoint âgé, ceux-ci « s'épuisent » fréquemment dans leur rôle. « On sait qu'il y a souvent un problème de surmorbidity des aidants naturels ». « L'aidant meurt presque toujours avant le malade, par épuisement »²⁹ ;
- il y a une réduction tendancielle du nombre des aidants potentiels en regard de la croissance du nombre de personnes dépendantes³⁰.

²⁸ Mélanie BÉRARDIER, en collaboration avec Clotilde DEBOUT - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Études et résultats - N° 748 - Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables

²⁹ Audition du 25 mai 2011, Marie Laure Martin et Christine Patron, association Isatis

Les politiques visant à donner la priorité au maintien à domicile pour les personnes âgées dépendantes, depuis le rapport Laroque de 1962, reposent implicitement sur l'hypothèse de la présence d'une aide informelle. Il est donc paradoxal de constater qu'encore très peu de mesures sont prises pour leur venir en aide, prévenir les risques auxquels ils font face et compenser la charge de travail qui est la leur.

Le plan Alzheimer comporte des dispositions qui marquent des avancées certaines, elles ne concernent cependant pas les aidants des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et se heurtent à la faiblesse des structures répondant aux besoins recensés : lieux d'accueil temporaire, solutions de répit, aide psychologique et formations adaptées.

Les plans d'aide APA, eux ne comportent qu'exceptionnellement des mesures de soutien aux aidants, et principalement par la possibilité de salarier un membre de la famille, autre que le conjoint ou concubin, pour la réalisation d'heures de soutien à domicile.

2.2.2. L'arrivée au grand âge des baby-boomers

2.2.2.1. L'augmentation du nombre des seniors de plus de 80 ans sera importante à partir de 2025

Les perspectives démographiques d'accroissement du nombre de personnes âgées, en particulier des plus de soixante quinze ans, et leurs conséquences possibles concernant l'impact de l'accroissement corrélatif de la prise en charge de la perte d'autonomie sur les finances publiques ont nourri la dramatisation du débat sur la dépendance à ses débuts. Les réflexions des groupes de travail ont relativisé cette approche en écartant l'image d'un « tsunami » du vieillissement et recadrant le débat sur les adaptations nécessaires, mais relativement peu déstabilisantes, de la réponse sociale.

Le constat de départ tient compte de trois facteurs déterminant l'évolution démographique sur le territoire :

- l'arrivée au grand âge des générations issues du baby-boom ;
- l'allongement de la durée de la vie ;
- le report à des âges plus tardifs de la perte d'autonomie.

La fréquence de la perte d'autonomie après 60 ans s'accroît avec l'âge et touche significativement les personnes de plus de 80 ans. Jusqu'en 2025, le poids démographique des générations relativement moins nombreuses, nées entre 1930 et 1945, joue dans le sens d'une évolution encore modérée du phénomène. Après 2025, l'arrivée au grand âge des cohortes nées entre 1945 et 1960 se traduira par l'augmentation quantitative plus rapide des personnes âgées concernées par la perte d'autonomie.

L'allongement de la durée de la vie est actuellement d'environ un trimestre chaque année. Ce phénomène a d'une part un effet quantitatif sur la population dépassant l'âge de 80 ans, et accroît, d'autre part, le nombre de personnes susceptibles d'atteindre un âge très élevé, au-delà de 95 ans, auquel la dépendance est beaucoup plus fréquente.

Les projections intègrent par ailleurs le report constaté de l'âge moyen de la perte d'autonomie qui résulte tant de l'amélioration générale de l'état sanitaire de la population que des facteurs socioculturels (niveau d'études, catégorie professionnelle) qui jouent en faveur d'une entrée plus tardive - mais peut-être plus aiguë - dans la dépendance.

³⁰ le nombre de personnes de 50 à 79 ans, qui constituent aujourd'hui la majorité des aidants, devrait, d'après les projections démographiques de l'INSEE, augmenter d'environ 10 % entre 2000 et 2040, soit nettement moins que le nombre de personnes âgées dépendantes. Ce constat, lié aux évolutions démographiques, pourrait être amplifié par l'accroissement de l'activité féminine, sachant bien sûr que d'autres facteurs et arbitrages individuels pourront venir augmenter ou réduire le potentiel effectif d'aidants. DREES Etudes et résultats, n° 160, février 2002

2.2.2.2. *Elle s'accompagnera d'une croissance des seniors en situation de précarité*

Plusieurs facteurs d'évolution jouant dans le sens d'une précarisation d'une fraction des nouvelles classes d'âges concernées par le risque de perte d'autonomie doivent retenir l'attention.

On remarque tout d'abord des situations d'isolement plus nombreuses liées aux évolutions des modes de vie : accroissement du nombre de divorces et éclatement des modèles familiaux et des cadres de solidarité traditionnels. Le questionnement se porte également sur la réduction du nombre des aidants potentiels qui pourrait résulter de la moindre disponibilité des descendants, liée à la croissance du travail des femmes - sur lesquelles portent principalement le rôle d'aidant familial - et à l'allongement de la durée d'activité ; cependant d'autres tendances jouent en sens inverse comme le rapprochement de l'espérance de vie entre hommes et femmes et donc une moindre fréquence du veuvage.

Par ailleurs il convient d'anticiper le vieillissement de catégories sociales plus fragiles et plus soumises à la précarité des revenus parmi lesquelles les travailleurs immigrés isolés vieillissants, les personnes handicapées dont l'espérance de vie s'est considérablement allongée ainsi que les personnes souffrant de maladies invalidantes. On constate également, dès à présent, l'arrivée au grand âge de personnes ayant eu des carrières discontinues, dont les droits à la retraite sont très faibles. Il n'est pas inutile de noter ici que l'âge de la perte d'autonomie peut être beaucoup plus précoce pour les personnes ayant connu des conditions de vie difficiles (grande pauvreté, absence de domicile fixe).

2.2.3. Les préoccupations liées à l'accroissement des dépenses

2.2.3.1. *Le risque d'une explosion des dépenses de santé jugé peu crédible*

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a souligné qu'il n'existe pas de « compte de la dépendance » qui permette de délimiter les moyens qui y seraient consacrés et a tenté de mieux en définir la nature en distinguant des sommes dépensées en faveur des personnes âgées, délimitées sur le seul critère d'âge, ce qui ressort spécifiquement de la perte d'autonomie. Il recommande la mise en place d'outils permettant cette analyse.

Il invite en particulier à distinguer ce qui s'adresse à la personne âgée en tant qu'elle est malade comme à n'importe quelle personne malade à tous les âges de sa vie, et tous les coûts particuliers (ou « surcroît de dépenses ») qui s'attachent à ces soins en raisons de ce que leurs modalités (leur durée, leur complexité ...) sont modifiées par l'effet de la perte d'autonomie.

Il insiste par ailleurs sur le fait qu'une partie vraisemblablement importante de ce surcroît de dépense de soins pour les personnes « dépendantes » tient à ce que leurs cheminements dans la succession des soins et des prises en charge s'éloignent de l'optimum, faute d'intervention au bon moment de la réponse la plus adaptée.

Ces précisions faites, le HCAAM donne les estimations suivantes :

- les dépenses d'assurance maladie des personnes âgées dépendantes, qu'elles soient ou non en lien avec la dépendance, représentent environ 20,9 Mds d'euros ;
- environ 8,9 Mds d'euros correspondent aux dépenses d'assurance maladie qui sont directement des dépenses d'aide à l'autonomie ;
- les dépenses d'assurance maladie qui sont liées à la situation de dépendance des personnes âgées représentent une somme inconnue - mais intermédiaire par hypothèse - entre les deux chiffres précédents.

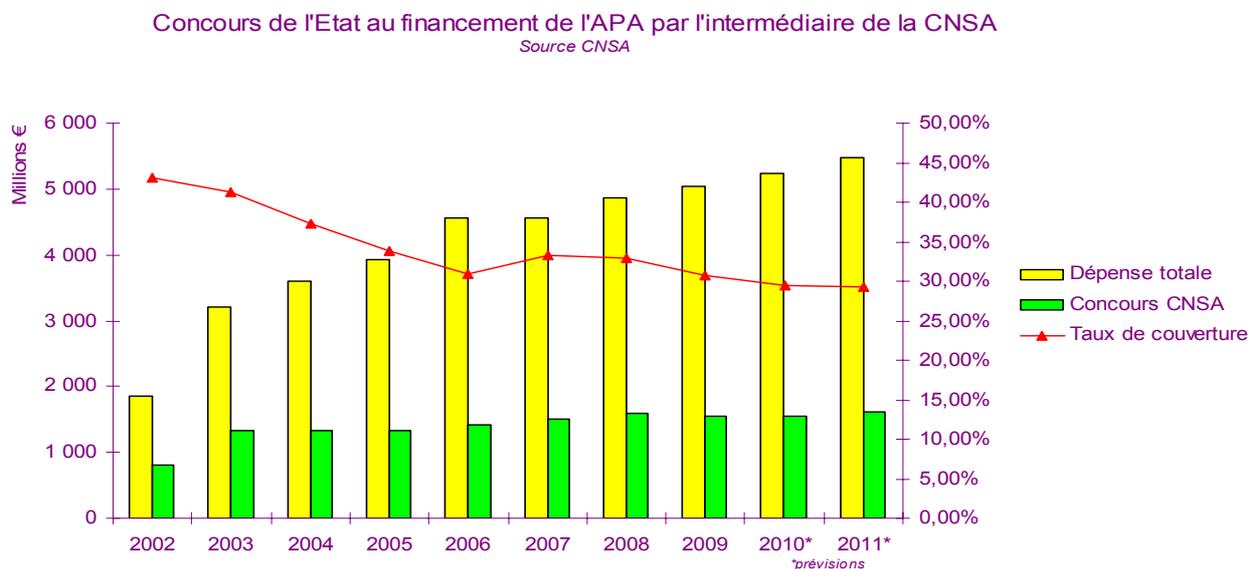
Le HCAAM développe son raisonnement en montrant que le lien entre âge et dépenses de santé est fortement établi, mais n'atteint des proportions démesurées ni actuellement, ni pour l'avenir si les bonnes décisions sont prises.

Ses préconisations découlent des principes suivants : toute politique publique d'aide à l'autonomie des personnes âgées doit chercher systématiquement à améliorer leur parcours de santé et concourir à l'efficacité globale des dépenses sanitaires et sociales. On ne fera des économies sur les dépenses de soins que si la dépense médico-sociale ou sociale est activée, autrement dit si les moyens nécessaires sont mis en œuvre en amont pour éviter les hospitalisations inutiles et en aval pour éviter les prolongations des séjours en structure hospitalière préjudiciables pour les intéressés et coûteuses pour l'assurance maladie.

2.2.3.2. La mise à niveau du dispositif et l'exigence d'une plus grande solidarité nécessitent des financements adaptés

Les départements sont les principaux financeurs de l'APA. La liquidation de l'allocation est réalisée sur leur budget, une contribution leur est apportée par l'Etat sous forme de concours versé par la CNSA. Les départements assument toutefois plus des deux tiers de la dépense, or l'évolution de cette dépense s'est révélée au cours de la dernière décennie particulièrement dynamique et a contribué fortement à la détérioration de leur situation financière.

Lors de sa création, il avait été prévu que l'Etat finance 50 % du surcoût de l'APA par rapport à la prestation spéciale dépendance (PSD), soit un tiers de la dépense totale³¹. La montée en charge de cette prestation n'a cependant pas eu la même incidence sur la part de l'Etat, qui a augmenté de 90 %, et sur la part des départements, qui a été multipliée par trois. Le taux de couverture des dépenses par l'Etat se situe donc en 2010 en dessous de 30 %. L'assemblée des départements de France estime, pour sa part, que le surcoût pour les finances départementales est globalement de 2,8 Mds d'euros qui appellent donc un effort supplémentaire de solidarité nationale.



³¹ Dans son rapport au Premier Ministre sur les finances départementales (avril 2010), M. Pierre Jamet s'exprime ainsi : « Lors du débat parlementaire introduisant l'APA sans que les engagements aient été formalisés, il avait été indiqué que le taux de couverture serait de 50% ou du tiers de la dépense des départements selon que l'on incorporerait dans l'assiette les sommes dues au titre de la PSD ou non ; les deux modes de calcul aboutissant au même résultat. Aujourd'hui non seulement le tiers de compensation n'est pas atteint mais le taux de prise en charge par la CNSA varie de 7% à 50% selon les départements ; les modalités de calcul mélangent compensation et péréquation, la lisibilité et donc la compréhension s'estompe avec le temps. » (p. 21)

Cette participation fait par ailleurs l'objet d'une péréquation, les taux moyens mentionnés ci-dessus varient donc, pratiquement de 1 à 10.

| | | Concours CNSA (euros) | Dépenses APA 2009 (euros) | Taux de couverture 2009 |
|----------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 3 taux les plus élevés | CREUSE | 12 455 177 | 22 960 467 | 54,25% |
| | GERS | 11 740 466 | 27 892 023 | 42,09% |
| | MEUSE | 5 666 719 | 13 958 369 | 40,60% |
| médiane | LOT | 7 961 826 | 23 544 176 | 33,82% |
| 3 taux les moins élevés | YVELINES | 8 708 020 | 54 095 053 | 16,10% |
| | PARIS | 11 322 197 | 121 508 747 | 9,32% |
| | HAUTS-DE-SEINE | 3 912 295 | 67 867 838 | 5,76% |

L'APA en établissement ne répond pas à la problématique globale de la couverture des frais de séjour en EHPAD alors que le montant des frais relatifs au budget hébergement de l'établissement, voire aux frais annexes hors budget, est très fréquemment excessif en regard des ressources des pensionnaires qui ne peuvent être solvables qu'en recourant à l'aide sociale départementale. La part du tarif dépendance à la charge du pensionnaire vient aggraver cet état de fait.

On a par ailleurs déjà relevé l'insuffisance du montant des sommes accordées pour l'APA à domicile, surtout lorsque les situations de perte d'autonomie sont les plus grandes, ce alors même que les solutions proposées dans les plans d'aide sont souvent insuffisantes pour faire face aux besoins réels des bénéficiaires (cf. ci-dessus, 1.2.2.2.).

D'une manière assez consensuelle, les participants au débat national se sont pour ces raisons accordés sur la nécessité d'améliorer le financement de la dépendance non seulement pour faire face au surcroît de dépenses liées aux évolutions démographiques, mais également pour mieux répondre aux besoins actuels de compensation de la perte d'autonomie.

2.3. L'efficacité de la réponse à la perte d'autonomie en question

2.3.1. Identifier le mode pertinent de pilotage

2.3.1.1. Un pilotage clarifié à l'échelon local mais des sources de confusion demeurent

Le rapport 2005 de la Cour des Comptes, en partant de la nécessité de mettre les personnes âgées au centre des dispositifs destinés à répondre à la perte d'autonomie, mettait en avant la double difficulté que présentaient en l'occurrence des réponses additionnées au fil du temps sans que l'architecture d'ensemble ait été adaptée pour y apporter la cohérence et la simplicité qui permettraient la prise en charge des personnes de façon satisfaisante.

Plusieurs avancées cependant vont dans le sens des préconisations de la Cour. Tout d'abord, comme l'indiquait le rapport de 2005, la démarche empirique empruntée jusqu'à présent a conduit à donner un rôle majeur aux départements, ce qui a permis de développer une réponse individualisée reposant sur une gestion de proximité.

Par ailleurs, les services déconcentrés de l'Etat se sont réunis dans les agences régionales de santé dont la compétence conjointe en matière sanitaire et médico-sociale ouvre la porte d'une meilleure coordination locale entre l'offre de soins et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le rapport de 2005 relevait cependant le caractère incomplet des transferts de responsabilité vers les départements qui n'ont toujours qu'une compétence partagée avec les ARS sur les établissements médico-sociaux.

Il soulevait également le problème posé par l'articulation des responsabilités entre les caisses d'assurance vieillesse et les collectivités territoriales pour ce qui est de la prévention et de l'action en direction des personnes classées dans les GIR 5 et 6.

A titre d'exemple, mentionnons que le montant - très bas - du tarif de prise en charge par les caisses des heures d'aide à domicile a une incidence majeure sur la viabilité des SAD, qui interviennent également dans le cadre des plans d'aide APA, et peuvent contrarier les efforts de formation et de qualité de service réalisés par ces derniers avec le soutien du département.

2.3.1.2. Le dispositif national, autour de la CNSA, doit s'articuler aux besoins locaux.

Le rôle et l'apport de la CNSA sont, de manière générale, considérés comme positifs pour le pilotage national de la politique en faveur de l'autonomie. Un rapport de 2007³² plaidait pour que la caisse devienne l'opérateur d'une branche de protection sociale dédiée à la perte d'autonomie en soulignant que la caisse est en effet placée au coeur de multiples arbitrages :

- l'arbitrage entre promotion des prises en charge à domicile et en établissement ;
- la modération des restes à charge ;
- la co-construction avec les conseils généraux d'une gestion du risque dépendance connectée avec celle de l'assurance maladie ;
- la réforme des grilles d'évaluation de la dépendance ;
- la politique de compensation des charges pesant sur les aidants familiaux ;
- la péréquation des charges départementales ;
- la construction d'un dispositif universel de compensation de la perte d'autonomie.

L'évolution de l'administration de l'Etat, avec la création de la CNSA puis des ARS, s'est également accompagnée de celles des instruments de planification. Concernant la perte d'autonomie le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), qui s'inscrit dans le Projet régional de santé (PRS), a vocation à mieux intégrer désormais non seulement les soins hospitaliers, mais aussi la prévention, les soins ambulatoires et la prise en charge médico-sociale.

Selon la réglementation, ce document doit expressément être le fruit d'une concertation entre la CNSA, les ARS et les départements pour une meilleure prise en compte des besoins locaux. Deux écueils peuvent cependant venir contrarier cet objectif : l'absence de coordination avec la conception du Schéma gérontologique départemental et l'absence de traduction effective des objectifs affichés dans le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), instrument de programmation recentré sur la mise en oeuvre financière et opérationnelle.

³² H. GISSEROT « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix » 20 mars 2007

2.3.2. Accéder à une aide adaptée reste soumis à de nombreux aléas

2.3.2.1. Faciliter l'accès aux aides par la détermination d'une porte d'entrée unique et reconnue

L'accessibilité des aides se heurte à la mauvaise lisibilité de l'offre et à la pluralité des intervenants. La première complexité résultant de la division au sein de la population concernée entre les personnes classées en GIR 1 à 4, dont l'évaluation et le plan d'aide relèvent de l'équipe départementale APA, et celles qui relèvent des GIR 5 et 6 qui relèvent de l'équipe médico-sociale et du plan d'action personnalisé de la CNAV. Dans quelques départements cependant cette mission a été confiée, par convention, à une même équipe³³.

L'inscription sur une liste d'attente en établissement d'hébergement ou pour un accueil de jour, les procédures de séjour hospitalier ou la conclusion d'un contrat d'assurance dépendance donnent en général aujourd'hui lieu à des évaluations séparées, parfois sur des grilles différentes, et à des conclusions variables.

La définition des plans d'aide renvoie en général le bénéficiaire, ou son entourage, à la difficulté du choix et de la coordination devant la multiplicité des intervenants possibles, d'autant que l'insuffisance des plans oblige souvent à combiner ces interventions avec un complément de prestations plus informel sous la contrainte du coût.

Face à ce manque d'unité, des tentatives de réponse ont été faites (elles seront détaillées plus loin) mais se heurtent aujourd'hui à un effet d'empilement. Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), après une dizaine d'années d'existence, restent apparemment mal identifiés. Leur rôle de « guichet unique » est en fait écorné par la place traditionnelle donnée dans l'esprit des usagers aux centres communaux d'action sociale qui ouvrent à un large éventail de prestations ou par les compétences de la MDPH pour certaines prestations comme la délivrance de la carte de stationnement pour les personnes handicapées ou à mobilité réduite.

Le plan Alzheimer a de plus introduit les MAIA, à titre encore expérimental, plus spécifiquement destinées aux personnes souffrant de dégénérescence psychique. Dans plusieurs départements aujourd'hui, les maisons de l'autonomie rassemblent ces instances dans un souci de simplicité et d'efficacité.

2.3.2.2. Les conditions du libre choix

Le maintien à domicile est un objectif constant des politiques publiques car il correspond au souhait des personnes concernées, ce que prouvent régulièrement les enquêtes menées auprès de celles-ci et des familles. L'argument selon lequel cette solution serait moins coûteuse est souvent avancé mais est manifestement moins fondé car il n'existe pas d'étude précise le démontrant, que ce soit en regard du coût pour la collectivité ou du coût pour les intéressés. Il ne peut pas être généralisé, en particulier pour les personnes en grande perte d'autonomie.

Les réponses à la perte d'autonomie ne sont pas toujours possibles dans les cas de grande dépendance, appelant une surveillance constante, ou plus généralement lorsque l'environnement ne le permet pas. Les conditions de logement, la proximité ou la disponibilité de services de soins et d'aide à la vie quotidienne, la présence ou l'absence d'aidant restent aujourd'hui des obstacles au maintien à domicile de certaines personnes.

³³ Le Département de Paris et la CNAV-IdF se sont accordés pour reconnaître mutuellement leurs évaluations : une personne évaluée en GIR 5 ou 6 par l'équipe médico-sociale APA du Département sera dirigée vers la CNAV où elle n'aura pas à subir une nouvelle évaluation et réciproquement.

L'adaptation de l'environnement aux besoins de la personne, par exemple par le recours aux solutions intermédiaires de type foyer logement, qui permet le maintien dans un cadre privatif associé à des services, peut se heurter à l'insuffisance de l'offre ou à son inadaptation. Le placement en EHPAD reste donc souvent une réponse par défaut.

Les conditions de vie en établissement médicalisé peuvent être pourtant une mauvaise solution, pour la personne âgée qui perd une partie des sollicitations qui lui permettaient de résister à la perte d'autonomie, et parce que le coût de l'hébergement en établissement reste élevé et devrait être réservé aux situations exigeant une aide et des soins constants. Le libre choix ne peut s'exercer que si l'offre couvre l'ensemble des réponses possibles, et, s'agissant du maintien à domicile, peut répondre aux besoins d'accueil intermédiaire. Les financements, principalement consacrés à la modernisation des établissements médicalisés, ont cependant négligé ce type d'hébergement au cours de la dernière décennie.

3. L'ACTION DE LA COLLECTIVITE PARISIENNE

3.1. Le schéma gérontologique départemental

La réalisation par les départements d'un schéma gérontologique départemental est prévue par la loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

Ses objectifs sont les suivants :

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population âgée ;
- dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- déterminer les perspectives et les objectifs en matière de services et d'équipements ;
- faciliter la coopération et la coordination entre les services ;
- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

La collectivité parisienne présente la spécificité d'être à la fois une commune et un département. Le schéma gérontologique départemental est de fait le seul document de synthèse retraçant l'ensemble de sa politique en direction des personnes âgées.

3.1.1. Le schéma gérontologique 2006-2011

Le schéma 2006-2011 « *Paris et ses aînés* » s'est articulé autour des principaux temps de la vie des seniors, mais sa priorité était la création de places d'établissement.

Comme l'a expliqué Geneviève Gueydan à la MIE, « *la collectivité parisienne partait en effet d'une situation difficile, avec un taux d'équipement très faible par rapport à la moyenne nationale*³⁴. *L'objectif était ambitieux : ouverture de 2 200 places en EHPAD, soit plus 30 % en six ans.*³⁵ »

De fait, 578 places d'EHPAD dans dix nouveaux établissements ont été créées et l'autorisation de 17 projets pour 1 500 places rendra effective la disponibilité de ces établissements à partir de 2012.

Les autres axes du schéma étaient les suivants :

- le temps de la retraite active : accès aux loisirs, à la culture, au sport, activités intergénérationnelles, engagement citoyen, mobilité et transports adaptés... ;
- la prise en compte de la perte d'autonomie à domicile : aide à domicile, adaptation du logement, aide aux démarches... ;
- le changement de lieu de vie pour faire face à la dépendance : développement des établissements, accessibilité financière des établissements, qualité de vie, coordination avec les autres structures de prise en charge de seniors, formules d'hébergement innovantes.

³⁴ Cf. *infra*

³⁵ audition du 13/05/2011

Par ailleurs un axe du schéma est consacré aux politiques publiques transversales destinées aux seniors, notamment aux personnes handicapées vieillissantes, aux seniors en situation de précarité, aux migrants âgés.

Parmi les réalisations significatives de schéma, la DASES cite :

- la création de 174 places de centres d'accueil de jour dans 9 nouveaux établissements et l'autorisation de 177 places dans 10 nouveaux projets ;
- la mise en place par l'AP-HP d'équipes de gériatrie externe se déplaçant dans les EHPAD ;
- l'expérimentation d'un dispositif de télémédecine ;
- la mise en place d'une équipe de volontaires du service civique pour lutter contre l'isolement des seniors : de 13 en 2010, leur effectif sera porté, à compter du 1^{er} octobre 2011, à 40 au CASVP, auxquels s'ajoutent 25 jeunes à la DAC pour le service de port de livres à domicile.

3.1.2. La préparation du schéma gérontologique 2012-2016

3.1.2.1. Un contexte nouveau

La préparation du schéma 2012-2016 va s'effectuer dans un contexte législatif nouveau, marqué par la création des ARS par la loi HSPT du 21/07/2009 et par l'instauration de la procédure des appels à projets.

Le nouveau schéma départemental devra donc associer l'ARS Ile-de-France et s'articuler sur le Plan stratégique régional de santé (06/06/2011).

A ce stade de la préparation, la Mission a pu disposer du cahier des charges de la consultation lancée par la DASES « Mission d'accompagnement à l'élaboration du nouveau schéma gérontologique départemental 2012-2016 » ; il y est indiqué que « *le département souhaite que le schéma départemental soit un instrument de politique publique transversale et partagée avec l'ensemble des partenaires internes et externes. Ainsi le CASVP et les directions de la collectivité parisienne devront être fortement impliqués et sollicités (notamment la direction du logement et de l'habitat, la direction de la voirie et des déplacements, la direction de l'urbanisme et la délégation à la politique de la ville et à l'intégration), tout comme les principaux partenaires extérieurs tels que l'ARS, la CNAV, le CODERPA, les bailleurs sociaux, la CPAM, les fédérations de services et d'établissements du secteur de la gérontologie, les principales associations partenaires.* »

Les partenaires clés sont néanmoins : le CASVP, l'ARS Ile-de-France, l'APHP et la MDPH.

3.1.2.2. Les perspectives et orientations du schéma 2012-2016.

Telles qu'elles sont définies dans ce document, les perspectives du schéma départemental 2012-2016 sont encore extrêmement générales. En voici les grandes lignes :

1. Créer les conditions les plus favorables pour un maintien à domicile de qualité : amélioration de la coordination gérontologique, lisibilité et complémentarité de l'offre d'aide à domicile pour l'utilisateur, maintien du lien social, mobilité, transport et accompagnement, accessibilité et adaptation du logement.
2. Formules de répit : soutien aux aidants familiaux, accueil de jour et hébergement temporaire.
3. L'offre d'hébergement : développement et diversification de l'offre.

4. Axes transversaux : qualité, éthique et bientraitance, continuité de la prise en charge, prise en compte des publics spécifiques (migrants âgés, aînés en situation de précarité, troubles psychiatriques des personnes âgées à domicile et en établissement), diversification des partenariats locaux, lien intergénérationnel, les dans la cité : culture, sport loisirs.

5. Les points de convergence entre le secteur des personnes âgées et celui du handicap : accompagnement des personnes victimes précocement de la maladie d'Alzheimer, modalités d'un partenariat renforcé avec l'AP-HP sur les conditions et le suivi des hospitalisations des publics fragiles (personnes âgées et personnes handicapées) renforcement du suivi à domicile.

Il semble à la Mission que certains points devraient faire l'objet d'un accent particulier :

- la coordination en vue de l'amélioration de la continuité des parcours de soins et médico-sociaux pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Dans son rapport du 23/06/2011, le HCAAM observe que « *prenant pour premier point d'application les soins aux personnes âgées « dépendantes », il faut faire apparaître de manière pragmatique et systématique la possibilité de travailler autrement, en offrant une meilleure qualité de soins, et de manière globalement plus économe en moyens, et préciser les conditions de ces chemins de performance ainsi que leur meilleur mode opératoire.* » Relevant que « *l'addition d'une multitude « d'expériences » spontanées [...] ne permet pas de créer le mouvement d'ensemble qui permettrait de faire évoluer globalement l'organisation des soins* », le HCAAM propose « *une démarche de préfiguration consistant dans le lancement, autour de cinq ou six thèmes prioritaires, de quelques dizaines de projets « pilotes » lancés à grande échelle et fortement évalués, définis et pilotés au niveau national* ». La collectivité parisienne pourrait s'inscrire dans cette démarche
- l'offre d'hébergement intermédiaire entre l'EHPAD et le maintien à domicile ;
- le pilotage de la mise en accessibilité du parc social ;
- l'aide à l'adaptation et l'accessibilité du logement dans le parc privé ;
- l'amplification et la diversification de la politique de soutien aux aidants.

3.2. Le cadre d'intervention du Département de Paris

3.2.1. Paris, en tant que département, dispose de compétences légales majeures

3.2.1.1. La délivrance des aides financières légales à la prise en charge à domicile ou en établissement

Le département délivre l'attribution de l'APA et celle de l'aide sociale légale.

L'APA a été traitée supra (1.2.2. et 2.2.3.2.).

L'aide sociale légale consiste en la prise en charge des dépenses d'hébergement en EHPAD des personnes âgées qui ne disposent pas des ressources nécessaires. En 2008, 5 981 personnes ont été prises en charge à ce titre, en 2009, 5 909.

La dépense qui en résulte est détaillée *infra* (3.4.1.2.). Elle s'est élevée au compte administratif 2009 à 134,39 M€.

Geneviève Gueydan a donné l'exemple - véridique - de Henriette pour illustrer le mécanisme.

Henriette, seule et sans enfant, en GIR 3, dispose de ressources mensuelles de 1 300 €. Dans l'établissement où elle est admise, le tarif hébergement est de 78,24 € par jour, soit 2 380 € par mois. Le tarif dépendance, en GIR 3-4, est de 13,39 € par jour, soit 407 € par mois.

Le coût mensuel de sa place en EHPAD s'élève donc à 2 787 € (hors forfait soins pris en charge par l'assurance maladie).

Henriette étant admise à l'aide sociale légale, le département lui prélève 90 % de ses ressources, soit 1 170 €, auxquels il ajoute 1 210 € pour couvrir les 2 380 € du tarif hébergement.

Le forfait dépendance de 407 € est réglé par l'APA de Henriette, 244 €, et par la prise en charge par le département de la participation de Henriette à hauteur de 163 €.

La prise en charge totale par le département s'élève donc à 1 617 €.

Il lui reste 130 € par mois.

3.2.1.2. La fonction « régaliennne » de tarification et de contrôle de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux

Le département fixe le « tarif dépendance » et le « tarif hébergement » des EHPAD pour les établissements habilités à l'aide sociale légale (cf. *infra* 3.3.4. et 6.6.2.). 132 établissements sont concernés à Paris.

Le département arrête également les prix de journée des services à domicile prestataires dans le cadre d'une discussion.

En lien avec l'ARS, le département autorise l'ouverture d'établissements en ce qui le concerne sur les aspects dépendance et hébergement, l'ARS sur l'aspect soins, dans le cadre d'une procédure d'appels à projets instaurée par la loi HSPT de juillet 2009.

Concernant le schéma départemental gérontologique, il s'agit d'une stratégie à cinq ans avec priorités qualitatives stratégiques et programmation de places. Cette programmation se fait en lien avec l'Etat : elle permettra année après année d'obtenir les financements correspondants.

3.2.2. Les principaux chantiers en cours à la DASES

3.2.2.1. La réforme des Points Paris Emeraude

Les Points Paris Emeraude (PPE, version parisienne des CLIC, centres locaux d'information et de coordination) assurent l'accueil, l'information et l'orientation des seniors et de leurs familles pour les questions liées au vieillissement et à la dépendance.

Ils assurent également une mission de coordination de l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires intervenant dans la prise en charge des seniors.

Après dix ans de fonctionnement, les PPE ont montré qu'ils constituent une réponse utile et pertinente, mais il est apparu nécessaire de renforcer le dispositif et d'en améliorer l'organisation.

Il a notamment été décidé de passer de 15 à 6 territoires, auxquels seront dédiées des équipes de 8 à 10 ETP. Cette homogénéisation des territoires remédie à un découpage inégal et l'augmentation de la taille des équipes permettra un renforcement du « cœur de mission » : l'accompagnement de situations individuelles et la coordination des intervenants autour de la personne âgée.

La commission de sélection d'appel à projets, réunie les 30 et 31 mai 2011 et le 8 juillet 2011, a retenu les gestionnaires suivants :

- territoire 1 (arrondissements 1 à 6) : Point Paris Emeraude 5^{ème} et 6^{ème} arrondissements
- territoire 2 (13^{ème} et 14^{ème} arrondissements) : projet soumis conjointement par les associations Point Paris Emeraude 13 et Réseau gérontologique du 14^{ème} - Point Paris Emeraude 14^{ème} ;
- territoire 3 (8^{ème}, 17^{ème} et 18^{ème} arrondissements) : Hôpital Bretonneau, Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine AP-HP ;
- territoire 4 (7^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements) : association XV Point XVI ;
- territoire 5 (9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissements) : projet soumis conjointement par le CASVP, le Groupement hospitalier universitaire Saint-Louis, Lariboisière, Fernand Widal AP-HP et les associations Union Retraite Action et Réseau Santé Paris Nord ;
- territoire 6 (11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissements) : projet soumis conjointement par la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon et l'Hôpital Rothschild, Hôpitaux universitaires Paris Est AP-HP.

La mise en place des nouveaux PPE est prévue début 2012.

3.2.2.2. Les autres chantiers en cours

La mise en place de la télégestion et du CESU sont détaillés *infra* 5. 1.4, celle des équipes médicales gériatriques externes 4.3.1.2., l'accueil temporaire des personnes âgées 5.5.2.

3.3. Le Centre d'action sociale de la Ville de Paris

Le Centre d'action sociale de la Ville de Paris déploie une offre de services très complète pour les personnes âgées parisiennes, consistant en activités culturelles et de loisirs, en soutien au maintien à domicile, en un montant de 70 M€ d'aides apportées en 2010 et en une offre d'hébergement variée.

3.3.1. Les actions culturelles et les activités de prévention du CASVP

3.3.1.1. Les activités culturelles et de loisirs

Chaque année le CASVP met en place un grand nombre d'activités culturelles et de loisirs à l'intention des seniors parisiens, certaines gratuites et d'autres soumises à participation financière en fonction des ressources des bénéficiaires.

- L'Université Permanente de Paris (UPP), pour laquelle on recense 40 000 participations annuelles
- Spectacles et sorties intergénérationnelles : en moyenne le CASVP propose chaque année 120 000 places
- Séjours de vacances en France et en Europe, auxquels prennent part 5 700 personnes âgées
- 72 Clubs seniors regroupent 14 500 adhérents
- manifestations festives.

Ces actions s'inscrivent dans le cadre des axes définis par le schéma gérontologique départemental dont les objectifs sont de « favoriser l'épanouissement au temps de la retraite et l'intégration des aînés parisiens à la vie de la cité ».

3.3.1.2. Les actions de prévention

Elles ont pour but le maintien en forme et la lutte contre les effets du vieillissement.

- Au sein des clubs seniors : clubs santé, campagnes d'information sur la sécurité des personnes âgées (en collaboration avec la Préfecture de Police, la Prévention routière et la DVD), activités sportives et ateliers « Bien vivre sa retraite »
- Au sein de l'UPP : filière santé, filière « sécurité routière », randonnées pédestres et promenades découvertes, activités sportives en partenariat avec l'APSAP-VP et la DJS.

3.3.2. L'offre de service pour le maintien à domicile

3.3.2.1. 9 000 bénéficiaires des prestations liées à la carte Paris à domicile

Les prestations attachées à la carte Paris à domicile sont la téléalarme, le port de repas, la pédicurie et la coiffure à domicile.

3.3.2.2. Des services à la personne mis en œuvre par les agents du CASVP : le service d'aide à domicile

Ce service a été créé par un arrêté du département de Paris du 25/01/2007 qui a validé l'avis rendu par le CROSMS (Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale) du 23/11/2006.

Les services du SAAD sont actuellement installés au sein de chaque section d'arrondissement. Une réforme en cours de ce service conduira début 2012 à la mise en place de six plates-formes mutualisées s'inscrivant dans la nouvelle logique géographique des Points Paris Emerald.

Cette réorganisation géographique s'accompagnera d'un élargissement des amplitudes horaires des interventions auprès des usagers : 7 jours/7 de 8 h à 20 h (et de 10 h à 19 h les week-end et jours fériés) alors que les horaires actuels sont du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h.

Ces nouveaux horaires doivent permettre au SAAD de développer ses interventions auprès d'un public en perte d'autonomie et/ou précaire.

Cette réforme a été adoptée par le CTP du CASVP du 07/06/2011.

Actuellement 339 aides à domicile interviennent chez près de 2 000 bénéficiaires.

Les recettes de ce service, au-delà de celles émanant de la participation financière des usagers, proviennent majoritairement du département de Paris (prises en charge APA et aide sociale légale) et de la CNAV (caisses de retraite).

En 2010, près de 151 000 heures sur un total de 237 000 relèvent de prises en charge départementales.

3.3.3. Les allocations pour les personnes âgées

En 2010, la dépense totale du CASVP en allocations aux personnes âgées s'est élevée à 70,94 M€.

Elles sont décrites ci-dessous par ordre de montant.

3.3.3.1. La carte Emeraude

En 2010, 42,41 M€ lui ont été consacrés pour les seules personnes âgées.

Cette carte permet de voyager gratuitement sur l'ensemble du réseau RATP SNCF à Paris et en proche banlieue (zones 1 et 2).

Elle permet également de bénéficier de tarifs préférentiels, voire de la gratuité pour l'accès à certains équipements ou activités municipaux : expositions temporaires des musées municipaux, piscines en régie municipale, parcs et jardins municipaux.

Elle est attribuée aux personnes âgées de plus de 65 ans (60 si reconnues inaptes au travail), habitant Paris depuis au moins trois ans dans les cinq dernières années et acquittant un impôt « avant imputations » inférieur ou égal à 2 028 € (première demande) ou à 2 287 € (renouvellement). Ce plafond d'imposition n'est pas opposable aux anciens combattants et aux veuves de guerre.

115 436 coupons étaient en circulation en décembre 2010. Le coût unitaire pour la collectivité parisienne est de 378,70 € depuis le 1^{er} juillet 2011.

3.3.3.2. Paris Solidarité et Complément Santé Paris

Depuis avril 2011, Paris Solidarité a remplacé l'ancienne Allocation Ville de Paris (AVP).

Paris Solidarité et le Complément Santé Paris sont destinés aux personnes âgées de 65 ans et plus (ou de plus de 60 ans si elles sont reconnues inaptes au travail) qui disposent de ressources modestes. Paris Solidarité leur garantit un minimum mensuel de ressources et le Complément Santé Paris (CSP) les aide à régler les frais d'adhésion à un organisme complémentaire de santé.

Il y avait en 2010 13 089 personnes âgées bénéficiaires de l'AVP pour un montant de 18,68 M€ et 8 543 bénéficiaires du CSP pour un montant de 4,31 M€.

Paris Solidarité complète les ressources dans la limite d'un plafond de 840 € pour les personnes seules et de 1 356 € pour les couples.

Les frais d'adhésion à un organisme complémentaire de santé sont pris en charge à hauteur de 39 € par mois au titre du CSP.

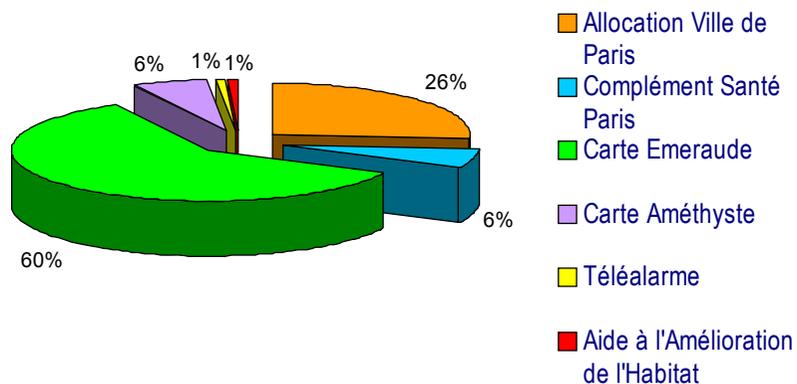
Pour ces deux aides, une récupération sur succession est opérée, sur la partie de l'actif net successoral supérieure à 76 225 €.

Bilan 2010 des aides aux Personnes Agées

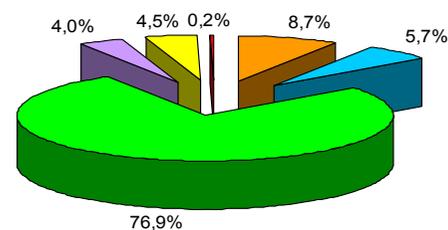
(source : CASVP)

| Nature de l'aide | Dépense 2010 PA / PH | Nombre de personnes âgées bénéficiaires | Dépense 2010 PA uniquement |
|---|----------------------|---|----------------------------|
| AVP | 25 910 141,50 | 13.089 bénéficiaires fin décembre 2010 | 18 684 780,95 |
| CSP | 4 312 538,99 | 8.543 bénéficiaires fin décembre 2010 | 4 312 538,99 |
| Taxe de raccordement au réseau téléphonique | 933,98 | 12 bénéficiaires en 2010 | 659,49 |
| Carte Emeraude | 47 836 950,06 | 115.436 coupons en circulation en décembre 2010 | 42 409 947,87 |
| Carte Améthyste | 5 594 174,14 | 5.987 coupons en circulation en décembre 2010 | 4 322 678,98 |
| Téléalarme | 707 043,08 | 6.737 bénéficiaires fin décembre 2010 | 696 578,84 |
| Aide à l'Amélioration de l'Habitat | 1 389 682,90 | 346 dossiers payés en 2010 | 518 487,36 |
| Total | 85 751 464,65 | | 70 945 672,48 |

Répartition de la dépense



Nombre de personnes âgées bénéficiaires



3.3.3.3. La carte Améthyste

Moyennant une participation financière déterminée en fonction de l'imposition, les bénéficiaires disposent d'un titre de transport permettant de voyager gratuitement sur l'ensemble du réseau RATP SNCF à Paris et en banlieue (zones 1 à 6).

Pour les personnes âgées acquittant un impôt sur le revenu n'excédant pas 992 €³⁶, cette participation s'élèvera à compter du 1^{er} octobre 2011 à 159,89 € par an, et à 240,64 € lorsque l'imposition est comprise entre 992 € et 2 028 € (2 287 € en cas de renouvellement).

Son coût, pour les seules personnes âgées, en 2010 a été de 4,32 M€ pour 5 987 coupons en circulation. Le coût unitaire pour la collectivité parisienne est de 731,95 € depuis le 1^{er} juillet 2011.

3.3.3.4. L'aide à l'amélioration de l'habitat

Son coût s'est élevé en 2010 à 0,52 M€ pour 346 dossiers concernant les personnes âgées.

Cette aide, créée en 1982, est destinée aux personnes âgées de plus de 65 ans (ou de plus de 60 ans si inaptés au travail), propriétaires ou locataires qui doivent faire face à des travaux d'amélioration (parties communes ou parties privatives) de leur logement, acquittant un impôt « avant imputations » inférieur ou égal à 992 €³⁷.

Le montant maximum de l'aide accordée selon le type de travaux effectués est de 3 049 € sur les parties communes, 1 296 € sur les parties privatives.

Si les travaux portent sur l'adaptation du logement au(x) handicap(s) et/ou au vieillissement du demandeur, l'obligation de résider depuis au moins trois ans dans le logement peut être réduite par dérogation et le montant de l'aide accordée supérieure aux plafonds ci-dessus.

Cette aide est versée directement au PACT Paris (*cf. infra* 5.3.2.) auquel le CASVP a délégué la gestion de ce dispositif.

3.3.3.5. Téléalarme et raccordement au réseau téléphonique

6 737 personnes ont bénéficié en 2010 de la téléalarme pour un montant de 696 578 €.

La prise en charge de la taxe de raccordement au réseau téléphonique est devenue anecdotique : 12 personnes âgées bénéficiaires en 2010 pour un total de 659 €.

3.3.4. L'offre d'hébergement du CASVP

Le CASVP gère un important dispositif d'hébergement différencié en fonction de l'autonomie des personnes âgées :

- 101 « résidences appartements » (foyers logements) offrant 4 187 places destinées à des personnes totalement valides qui souhaitent disposer d'un logement confortable et accessibles aux revenus très modestes ;
- 23 résidences services totalisant 1 589 places agréées à l'aide sociale légale, auquel est associé un SSIAD de 600 places basé dans les résidences services mais intervenant aussi dans l'environnement proche de celles-ci ;

³⁶ ainsi que pour les anciens combattants et veuves de guerre âgés de plus de 65 ans

³⁷ plafond fixé à 6 500 F en 1997.

- 14 EHPAD représentant 2 250 lits, tous agréés à l'aide sociale légale, dont huit à Paris et six à l'extérieur de Paris.

3.3.4.1. Les résidences appartements ou foyers logements

Elles ont été développées à partir de 1980 pour faciliter l'accès des parisiens âgés à de petits logements dotés de tous les éléments de confort. Ces logements, financés à titre principal par des prêts HLM, sont composés de studios pour les personnes isolées et de deux pièces pour les couples.

Cette formule ne propose pas de service autre que le logement, à l'exception d'un gardiennage permanent pour lequel les personnes hébergées disposent d'un système d'appel direct (sauf dans une quinzaine de résidences).

Les deux tiers des résidents sont des femmes, d'un âge moyen de 77 ans. Leur revenu moyen s'élève à 1 090 € par mois, et le reste à vivre garanti est de 550 € sur condition de « parisienneté ».

Au 31/12/2010, 2 900 candidats étaient en attente. Les principaux motifs de demande d'entrée en résidence appartement sont :

- un manque de confort de base ;
- un total loyer plus charges trop élevé ;
- la reprise du logement par le propriétaire.

3.3.4.2. Les résidences services et le SSIAD

Elles ont été historiquement la première réponse pour assurer le logement des parisiens qui souhaitent continuer à vieillir dans un établissement très ouvert sur le quartier. Cette formule d'hébergement leur permettait de vivre de façon totalement autonome dans des chambres ou studios dotés de coins cuisine et salles d'eau et disposant d'un système d'appel d'urgence, mais leur proposait également des services de proximité (restauration collective, clubs d'animation, présence continue de personnel) et des prestations sanitaires.

Un récent rapport de l'Inspection générale de la Ville de Paris³⁸ a été consacré aux résidences services. « Conçues il y a 30 ou 40 ans pour un public de femmes âgées mais non nécessairement dépourvues de ressources et à la recherche de confort et de compagnie, elles hébergent désormais de plus en plus d'hommes, très souvent dès la soixantaine, issus de parcours chaotiques et bénéficiaires de l'aide sociale, à la recherche d'un toit plus que de services et de compagnie, de surcroît peu accoutumés aux exigences de la vie en collectivité. »

Entre 2002 et 2010, les hommes sont passés d'un tiers à la moitié des résidents. Les bénéficiaires de l'aide sociale légale sont passés de 62 à 65 %. L'âge moyen a baissé de trois ans.

Le revenu moyen est de 800 € pour les bénéficiaires de l'aide sociale légale, de 1 400 € pour les résidents payants. Le reste à vivre des aidés sociaux est de 700 €, celui des résidents payants de 750 €. Au 31/12/2010, 700 candidats étaient en attente.

Les soins sanitaires étaient assurés dans les résidences services grâce aux places de sections de « soins courants » et de « cure médicale » qui leur avaient été allouées jusqu'en 2007 (ce dispositif avait permis de 1975 à 2007 le financement par l'assurance maladie des personnels soignants de ces établissements).

³⁸ « Audit des résidences services du CASVP » mars 2011.

Ces dotations ont été supprimées par le législateur au 31/12/2007 et le CASVP a obtenu la création au 01/01/2008 d'un SSIAD de 600 places dont l'aire d'intervention est étendue à tout le territoire parisien.

Il est constitué de 23 antennes hébergées dans chacune des résidences services gérées par le CASVP, 19 dans Paris intra muros, deux dans le Val de Marne, une en Seine-Saint-Denis et une dans l'Essonne.

Les bénéficiaires potentiels sont les résidents des résidences services mais également des résidences appartements.

Les personnels du SSIAD sont les 140 aides-soignants, infirmiers, cadres de santé et cadres supérieurs de santé affectés précédemment aux sections de cure médicale.

Les dépenses et recettes du SSIAD sont retracées dans un budget annexe distinct du budget général du CASVP.

Les objectifs du CASVP concernant les résidences services sont le renforcement de l'accompagnement médico-psycho-social et la structuration d'une mission sociale dédiée (créée par le CTP du 07/06/2011), dans un contexte difficile de faible engagement de la psychiatrie³⁹ et d'incertitudes sur le financement du SSIAD. Il s'agit en effet de s'adapter à la précarisation croissante du public. Un résident sur six est issu de la rue (un bénéficiaire du SSIAD sur trois). On assiste à un accroissement de la grande difficulté sociale, avec des phénomènes d'isolement et de rupture familiale, de souffrance psychique et de conduites addictives.

Lors de son audition, Diane Pulvenis, sous-directrice des personnes âgées au CASVP, a souligné la carence en structures psychiatriques comme en gériatres.

Une nouvelle tarification des SSIAD devrait entrer en vigueur en 2013, dont le modèle serait une tarification à l'activité mais établie à partir d'un profil général de SSIAD gériatrique au regard duquel le SSIAD « précarité » du CASVP est tout à fait atypique, en raison des besoins des résidents de nouvelle génération, victimes de troubles psychiques ou psychiatriques ainsi que d'addictions alcoolique et tabagique.

3.3.4.3. Les EHPAD

Ils sont au nombre de 14, dont six *extra muros* (cinq en petite couronne, un dans l'Aisne). Ils offrent 2 250 places dont la moitié *extra muros*, habilitées à l'aide sociale.

Les résidents sont à 73 % des femmes, d'une moyenne d'âge de 84 ans. 70 % sont à l'aide sociale légale.

Quatre nouveaux EHPAD sont en construction, trois dans Paris, dans les 13^{ème}, 14^{ème} et 15^{ème} arrondissements, et un site neuf dans l'Aisne pour les personnes aujourd'hui accueillies à Villers-Cotterêts.

Les EHPAD sont des établissements fortement médicalisés pour un public en perte d'autonomie physique et/ou psychique. Dans ces établissements, 60 à 75 % des gens sont atteints d'une démence type Alzheimer ou apparentée. On entre en EHPAD de plus en plus tard et de plus en plus malade.

L'enjeu pour les EHPAD du CASVP est de parvenir à maintenir un bon niveau de qualité dans un contexte de réduction forte des moyens de l'assurance-maladie, dans ces structures qui accueillent une population lourde. Cette lourdeur est appréciée au travers de deux indicateurs :

³⁹ A l'exception de Sainte-Anne

- le GIR moyen pondéré, pondération du niveau de dépendance de tous les résidents ; il est de 750 dans les EHPAD du CASVP quand en moyenne les EHPAD au niveau national sont à 700 ;
- le PATHOS moyen pondéré (besoins de soins médicaux et techniques infirmiers), qui est de 200 dans les EHPAD du CASVP pour 120 en moyenne nationale.

Les budgets des EHPAD sont des budgets annexes, composés de trois parties : une partie hébergement, une partie dépendance, une partie soins.

La partie hébergement couvre tout ce qui concerne l'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration, l'entretien du linge. Le tarif correspondant à l'hébergement est de 69€ par jour en moyenne au CASVP et est acquitté par le résident, aidé ou non par l'aide sociale.

Il y a trois tarifs dépendance en fonction des classes de GIR : environ 20 € par jour pour les GIR 1 et 2, environ 15 € pour les GIR 3 et 4, 7 € pour les GIR 5 et 6. Dans les EHPAD parisiens le tarif dépendance est acquitté par les seuls résidents en GIR 5-6.

La partie soins est financée par l'assurance maladie.

Dans les 14 EHPAD du CASVP, sur une masse d'une centaine de millions d'euros, 52,7 M€ correspondent à l'hébergement, 39,8 M€ aux soins, 16 M€ à la dépendance.

Or s'applique dans les EHPAD la **convergence tarifaire** : il s'agit d'une modification du système de tarification de la part soins financée par l'assurance maladie, avec notamment l'instauration d'un tarif plafond qui vise à écrêter les dotations soins des établissements estimés surdotés.

Appliqué aux EHPAD du CASVP, ce mécanisme conduit à considérer une dotation cible de 27 M€ alors qu'elle est aujourd'hui de 39 M€. De 2010 à 2016, les établissements devraient donc rendre près de 1,8 M€ par an.

Les mesures adaptatives envisagées par le CASVP sont de deux sortes :

- une augmentation des recettes par l'accueil de résidents plus lourdement dépendants ;
- une modification du périmètre des dépenses.

Le risque est cependant important d'un déport de charges sur les usagers, qui acquittent déjà 2 200 € par mois, et sur les finances départementales.

3.4. L'effort financier a augmenté d'un tiers durant la décennie écoulée

3.4.1. Le budget de la collectivité parisienne

3.4.1.1. La subvention du budget municipal au budget du CASVP

La subvention de la Ville au CASVP est passée de 217,94 M€ au compte administratif 2002 à 312,7 M€ au compte administratif 2010 : elle a augmenté de 45 %.

Au sein de cette subvention, le montant des allocations aux personnes âgées financé par la subvention est passé de 48,09 M€ en 2002 à 71,7 M€ en 2010 ; elle a donc progressé de 49 %.

3.4.1.2. Le budget départemental

1. L'APA a provoqué une augmentation de 26 % des dépenses départementales en faveur des personnes âgées entre 2002 et 2010

Les dépenses du budget départemental en faveur des personnes âgées sont passées de 233,55 M€ au CA 2002 à 293,78 M€ au CA 2010, soit une progression de près de 26 %.

Les dépenses d'aide sociale légale sont demeurées à peu près stables, évoluant autour de 140 M€.

La dépense APA a en revanche connu une dynamique certaine, puisqu'elle a plus que doublé entre 2002 et 2010, passant de 64,15 M€ à 136,10 M€.

Si une majorité des personnes âgées dépendantes est à domicile, compte tenu du prix de la prise en charge en établissement, les deux tiers des dépenses sont pour la prise en charge en établissement. Moins de 40 % des personnes âgées en établissement représentent deux tiers de la dépense (frais d'hébergement plus APA en établissement).

2. Les recettes ont été ramenées en 2010 à leur niveau de 2002

Les recouvrements de dépenses d'aide sociale légale fluctuent entre 70 et 80 M€ selon les années. En effet lorsque les personnes sont prises en charge à l'aide sociale légale, 90 % de leurs ressources sont recouvrées par le département. S'y ajoutent les recettes en provenances des obligés alimentaires et le produit des recours sur succession. En 2009, les contributions des personnes âgées au titre de l'aide sociale légale ont représenté un montant de 52,6 M€, celui des obligés alimentaires 2,9 M€ et les recours sur succession 19,5 M€.

En revanche la dotation versée par la CNSA au titre de l'APA a connu une forte diminution en 2010. Le tableau ci-dessous retrace son évolution en millions d'euros depuis 2002.

| 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 6,96 | 16,62 | 18,66 | 12,88 | 11,75 | 17,22 | 17,62 | 17,80 | 8,74 |

(source : DASES)

Ainsi, alors qu'en 2003, le reversement au titre de l'APA représentait 16,8 % de la dépense de l'année, en 2010 cette proportion est tombée à 6,4 %.

3. L'évolution du taux de couverture des dépenses par les recettes

Durablement supérieur au tiers entre 2002 et 2010, il chute à 27,46 % au CA 2010.

| 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 35,05 % | 35,31 % | 37,84 % | 41,23 % | 36,15 % | 33,71 % | 36,29 % | 33,79 % | 27,46 % |

(source : DF)

Cette chute s'explique par la division par deux du montant versé par la CNSA, qui passe de 17,8 à 8,76 M€, alors même que la dépense d'APA progresse de 8,9 %, passant de 124,93 à 136,10 M€.

3.4.1.3. La dépense nette consolidée de la collectivité parisienne en faveur des personnes âgées a augmenté d'un tiers entre 2002 et 2010

Par dépense nette consolidée, on entend le total des dépenses départementales en faveur des personnes âgées plus la part de la subvention du budget municipal au budget du CASVP représentative de dépenses en faveur des personnes âgées moins les recettes du budget

départemental liées aux personnes âgées. Ce montant représente la **véritable dépense** de la collectivité parisienne en faveur des personnes âgées.

Cette dépense nette consolidée est passée de 241,33 M€ au compte administratif 2002 à 319,35 M€ au compte administratif 2010, soit une augmentation d'un tiers (+ 32,32 %).

3.4.2. Comment Paris se situe-t-il au regard des autres départements ?

3.4.2.1. La dépense APA par habitant

Avec une dépense d'APA par habitant de 54,3 € en 2008, Paris se situe nettement en deçà de la moyenne métropolitaine de 76,9 €. Dans un classement des départements dans lequel les premiers rangs sont occupés par les montants les plus faibles, Paris se situe au onzième rang.

3.4.2.2. La dépense APA par bénéficiaire

Avec un montant moyen de 4 581 € par bénéficiaire (cf. *supra* 1.2.3.), Paris se situe dans le premier tiers (69^{ème}), légèrement au-dessus de la moyenne métropolitaine de 4 424 €.

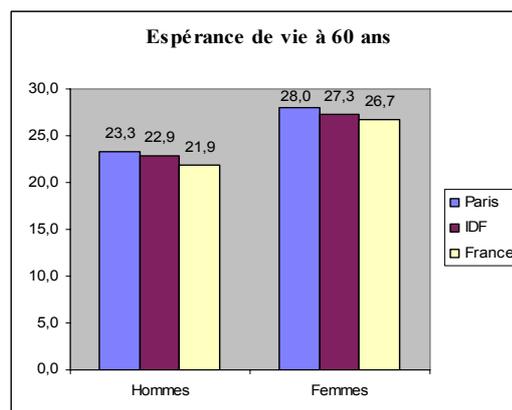
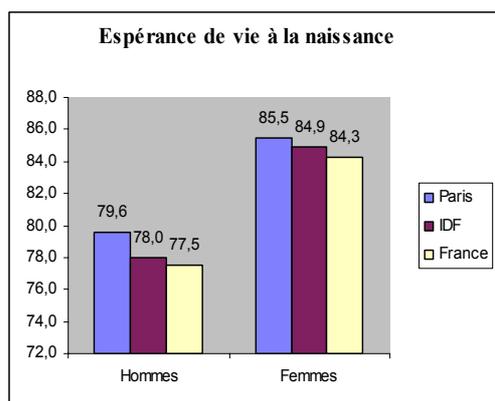
4. ETAT DE SANTE ET ACCES AUX SOINS

4.1. Etat de santé

4.1.1. Les seniors présentent un état sanitaire globalement plus favorable à Paris que dans l'ensemble de la France

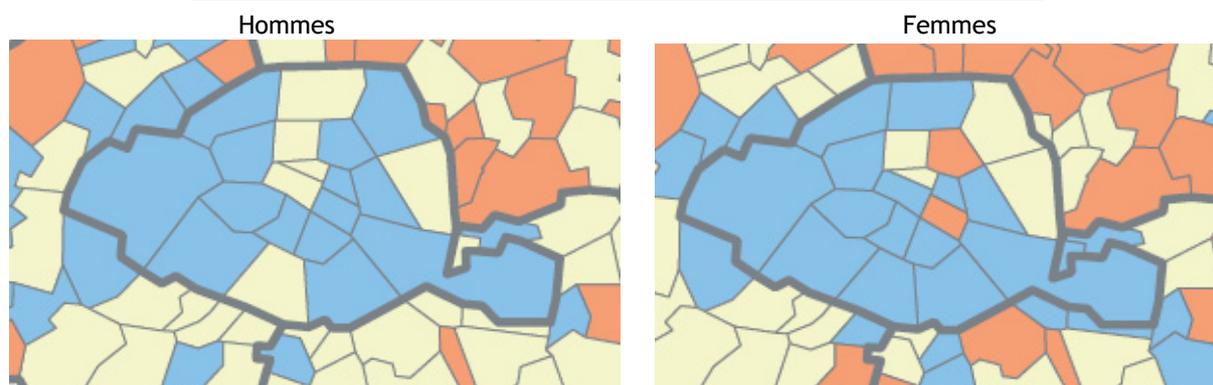
4.1.1.1. Les parisiens âgés ont des indices de santé plus favorables

Les parisiens ont une espérance de vie à la naissance supérieure de 2,1 ans pour les hommes et 1,2 ans pour les femmes. Cet écart se retrouve à soixante ans, les hommes parisiens ont une espérance de vie moyenne de 1,4 ans de plus que l'ensemble des français à cet âge, et les parisiennes 1,3 ans⁴⁰.



Les données disponibles sur l'état de santé des parisiens reflètent les indicateurs socioculturels favorables de la population parisienne ainsi qu'un bon accès à la prévention et aux soins. La mortalité par maladie cardio-vasculaire, principale cause de mortalité en France, en donne un exemple significatif :

Niveau de mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires 2004-2007



Niveau de mortalité (test du Chi2)
Ecart par rapport à la moyenne régionale

- Sous-mortalité significative au seuil de 5 %
- Ecart de mortalité non significatif
- Sur-mortalité significative au seuil 5 %

4.1.1.2. Moins de personnes dépendantes à Paris

⁴⁰ Graphiques et cartes présentés par le Docteur Christine Berbezier lors de son audition le 25 mai

La dépendance touche apparemment moins les habitants de Paris que ceux du reste de la France. Cette donnée n'est pas directement constatable par les statistiques existantes, mais peut se déduire des données suivantes.

On a vu plus haut (cf. supra 1.2.3.1.) que le nombre de bénéficiaires de l'APA est le principal indicateur disponible et indique que 7,1 % de la population parisienne âgée de 60 ans et plus, soit 1,5 % de moins que la proportion française, est touchée par la perte d'autonomie. Il semble cohérent, dans un premier temps, de relier ce constat à la faiblesse relative de la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à Paris, mais pour cette tranche d'âge également, le taux parisien est, de 3,3 %, sous la moyenne nationale.

Parmi les facteurs d'explication, on peut évoquer en premier lieu le niveau de vie moyen, élevé, des personnes âgées parisiennes dont on peut déduire qu'une part importante d'entre elles ne sollicite pas d'aide en raison de ses ressources. Une autre part peut ignorer l'existence du dispositif ou trouver d'autres modes de compensation (entourage, assurance dépendance, prestation de compensation du handicap).

Cependant, d'après l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), il est possible d'estimer le volume de population dépendante parmi les personnes âgées de 75 ans et plus : l'application des ratios de l'ODAS, conduit à estimer la population dépendante dans cette classe d'âge à 50 000 personnes, alors que l'APA prend en charge 29 000 Parisiens, tous âges confondus.

Cet écart est important, d'autant que l'estimation ne porte que sur les 75 ans et plus et ne prend pas en compte les jeunes seniors (60-74 ans).

L'hypothèse d'une moindre atteinte de la perte d'autonomie, liée en particulier au mode de vie et aux caractéristiques socioprofessionnelles de la population âgée parisienne, demeure donc un facteur d'explication fort pour expliquer la très grande différence entre les données factuelles et la projection de l'ODAS mentionnée plus haut.

4.1.2. La prise en charge sanitaire doit être adaptée aux pathologies liées à l'âge

4.1.2.1. Les pluri-pathologies

La perte d'autonomie n'est pas une conséquence de l'âge, en témoigne la très grande majorité de ceux qui vieillissent sans limitation fonctionnelle handicapante. Il y a cependant, corrélée à l'âge, une fréquence significative des petites limitations créant une situation de pluri-mini-handicaps. Pour reprendre l'expression de Mme Geneviève Laroque : c'est le sort du vieux qui va bien, mais qui connaît une diminution de ses capacités auditives ou visuelles, marche plus lentement ou ne peut plus porter de charge. Ces pluri-mini-handicaps peuvent évoluer vers une perte d'autonomie dès lors que l'environnement n'est pas adapté aux personnes qui en sont affectées. Cela soulève en particulier la question de l'aménagement urbain et de l'accessibilité du domicile et des lieux publics.

La perte d'autonomie s'installe sur le terrain des petites limitations et des fragilités à l'occasion d'une maladie ou d'un accident lorsque que la prévention a été absente ou insuffisante ou lorsque les soins apportés dans l'urgence négligent la globalité de la prise en charge du patient âgé. Les pluri-pathologies au grand âge rendent les soins plus complexes, nécessitent des réponses spécifiques qui englobent la prise en compte des limitations et les risques iatrogènes ou liés à la perte de repères, à l'interruption de l'activité et aux affections intercurrentes.

Les personnes les plus dépendantes cumulent les pathologies : une étude de la DREES⁴¹ réalisée auprès de personnes vivant en établissement a montré que celles-ci cumulaient en moyenne sept

⁴¹ Dutheil N., Scheidegger S., 2006, « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Études et Résultats*, n° 494, juin, DREES

pathologies diagnostiquées et que leur nombre moyen augmentait avec le niveau de perte d'autonomie : de six pour les résidents peu ou pas dépendants (GIR 5 et 6), de sept pour les modérément dépendants (GIR 3 et 4) et de huit pour les très dépendants (GIR 1 et 2). Par ailleurs le nombre de pathologies augmente avec l'âge, mais, à âge donné, le nombre de pathologies est toujours supérieur pour les plus dépendants.

4.1.2.2. Approche gériatrique et prise en charge globale

L'approche gériatrique s'appuie sur une vision de la médecine qui vise à prendre en compte le patient âgé dans son environnement.

Pour le Professeur Alain Franco⁴², au-delà de l'approche traditionnelle centrée sur la maladie, chaque diagnostic appelant un traitement spécifique, la gériatrie développe une approche fonctionnelle centrée sur l'activité : gestion par cas et prise en compte globale de la vie du patient, physique, psychique et sociale.

Au-delà de l'approche traditionnelle qui place l'hôpital au centre du dispositif sanitaire, la gériatrie s'appuie sur une organisation centrée sur le domicile de la personne âgée, individuel ou collectif, en prenant en compte le quartier, les services et les soins à domicile, l'hôpital au service de la communauté.

Le professeur Olivier Saint-Jean a expliqué à la Mission que l'amélioration de l'état de santé des malades âgés ne proviendra vraisemblablement plus de progrès médicaux décisifs. « *L'ère magique de la chirurgie qui va changer les choses ou du médicament magique est derrière nous. Pour les vingt années qui viennent, rien ne sortira des tuyaux. Alzheimer restera une maladie que l'on ne sait pas traiter, les cancers de vieux entraîneront toujours une mortalité épouvantable, etc.* ».

Le moyen aujourd'hui d'améliorer l'état de santé des personnes âgées est d'améliorer leur prise en charge. « *L'élément fondamental est l'itinéraire optimisé d'un sujet âgé qui va finalement passer sa vie, quand il devient malade chronique, entre son médecin traitant, ses aides sociales, l'hôpital, le kiné, etc. Dans ce système selon lequel le soin et l'aide sont délivrés par différentes personnes, plus on coordonne et plus on défragmente, meilleur est le résultat* ».

4.1.2.3. Le cas des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées

La maladie d'Alzheimer illustre tout particulièrement cette approche. Les démences touchent 6 % des plus de 60 ans et 18 % des plus de 75 ans, la maladie d'Alzheimer est prédominante à partir de 75 ans et représente 80 % des formes de démence⁴³. Elle touche actuellement plus de 70 % des résidents en EHPAD et USLD, souffrant le plus souvent de pluri-pathologies. Cependant la grande majorité des malades (80 %) restent à domicile. Les réponses thérapeutiques s'appuient essentiellement sur la prévention et la compensation alors que les perspectives de découverte d'un traitement définitif restent très aléatoires et que les réponses pharmacologiques existantes n'offrent qu'un intérêt limité.

Les prises en charge, lorsqu'elles suivent un diagnostic précoce et s'insèrent dans un environnement favorable, relèvent d'une approche globale des soins qui passe par l'admission en centre d'accueil de jour, les ateliers mémoire, le soutien des aidants et l'aide à domicile. Ces actions retardent les troubles intellectuels, diminuent les troubles du comportement et améliorent la qualité de vie des malades et de leurs proches. Elles appellent une coordination étroite entre suivi médical et prise en charge sociale.

⁴² Audition du 31 mai

⁴³ IGAS « L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge » p. 12- mai 2011

4.2. L'offre de soins parisienne

4.2.1. Densité médicale forte mais difficultés d'accès aux soins liées à la raréfaction de l'offre de médecine générale de proximité

4.2.1.1. La densité médicale forte masque une répartition inégale de la médecine de ville

Le système de soins parisien est mal adapté aux spécificités du grand âge. Ainsi que l'étude commandée par la Ville de Paris et la CPAM de Paris⁴⁴, reprise par le Programme parisien de renforcement de l'offre de soins de premier recours, en a fait le constat, l'offre de médecine générale de proximité s'est raréfiée et devient problématique pour les personnes âgées dans certains quartiers. Paris est par ailleurs bien pourvue en centres de santé, mais ceux-ci n'assurent généralement pas les visites à domicile nécessaires aux personnes âgées en perte d'autonomie.

La démographie médicale parisienne offre un visage trompeur en raison du grand nombre de médecins inscrits au Conseil de l'Ordre dans la capitale. S'agissant de l'accès des personnes âgées à la médecine de ville, il faut prendre en compte d'une part la part réduite des généralistes libéraux en regard du nombre de médecins spécialistes, d'autre part la faible proportion de praticiens inscrits en secteur 1.

Parmi les praticiens libéraux à Paris, 33 % sont généralistes, soit une densité de spécialistes de 66 % trois fois supérieure à la France, 68 % sont en secteur 2 à honoraires libres (39 % pour la France) et 60 % ont une activité mixte (libérale + salariée ou hospitalière) contre 40 % en France. On compte un peu moins de deux mille médecins généralistes libéraux. Cependant, 30 % ont un exercice mixte et 27 % ont un exercice particulier : urgences, acupuncture, homéopathie, tabacologie, nutrition.

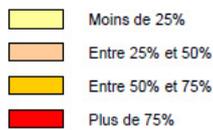
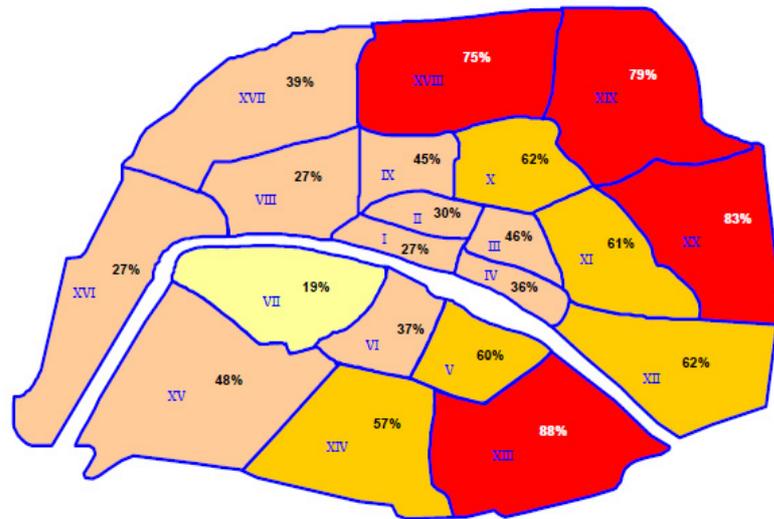
Ainsi, en ce qui concerne les médecins généralistes, si l'on ne prend en compte que les médecins ne pratiquant ni dépassements d'honoraires ni exercices particuliers, la densité médicale parisienne est d'ores et déjà inférieure à la moyenne nationale : 9 médecins pour 10.000 habitants à Paris contre 9,7 au plan national. Une situation similaire est constatée pour l'accès à de nombreuses spécialités médicales et aux soins infirmiers. Dans les arrondissements du Nord-Est parisien (18e, 19e, 20e), ce déficit est encore plus net : 7,6 médecins pour 10.000 habitants.

Les perspectives de la démographie médicale devraient venir aggraver encore cette pénurie d'offre de soins de ville. Les projections réalisées par la DREES⁴⁵ à l'horizon 2030 tendent à montrer une baisse de 26 % de la densité médicale en Ile de France. La moyenne d'âge des généralistes parisiens est aujourd'hui de 55 ans et l'on peut estimer que 15 % des médecins prendront leur retraite d'ici à 2015, alors que dans le même temps les jeunes médecins optent de moins en moins pour une installation dans la médecine de ville et souhaitent très largement un exercice regroupé.

⁴⁴ « La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne. Etude portant sur 18 centres de santé » février 2010

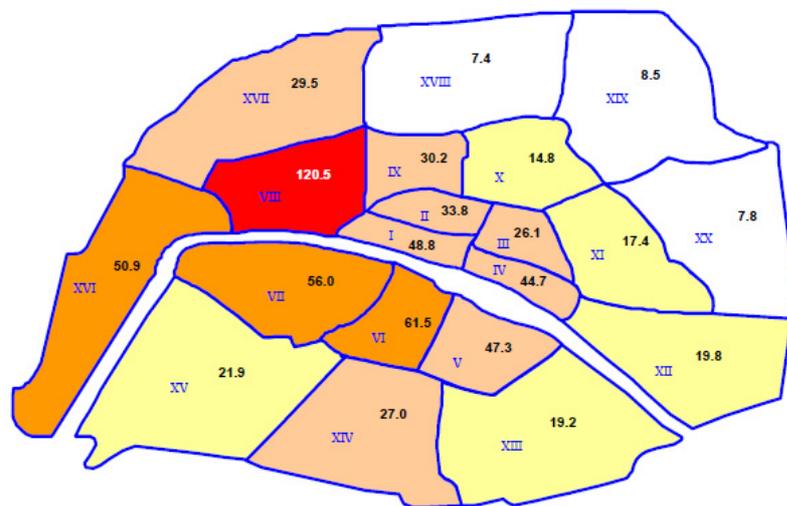
⁴⁵ Solidarité santé - n° 12 - 2009 La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées.

Part des omnipraticiens conventionnés en secteur 1



Part des omnipraticiens en secteur 1 :
 - Paris = 55%
 - France = 86%

Densité des spécialistes pour 10 000 habitants



Densité pour 10 000 habitants :
 - Paris = 25,4
 - France = 8,5

4.2.1.2. Les personnes âgées peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins

Cette situation peut se traduire par différentes difficultés sur le parcours de soins des personnes âgées parisiennes. Les services sociaux indiquent être fréquemment face à des personnes en déshérence médicale, tout d'abord parce qu'elles n'ont pas de médecin traitant. Cela peut être lié à la difficulté à trouver un médecin généraliste libéral en secteur 1, mais également à la difficulté à trouver un médecin généraliste lors du départ en retraite de l'ancien médecin traitant ou à trouver un médecin généraliste qui fait des visites à domicile.

Un constat identique peut être fait sur la difficulté à trouver des soins infirmiers en raison du très faible taux d'infirmiers libéraux : si la densité d'IDE à Paris est la plus forte de France, seulement 7,5 % sont exclusivement en exercice libéral, la densité en étant moindre à Paris qu'en France. Les kinésithérapeutes libéraux posent également un problème de répartition géographique, leur densité étant relativement faible dans le croissant de l'est parisien.

Si l'accès aux praticiens spécialistes pose de même manière un double problème de coût, et de répartition géographique, cette difficulté est encore plus vraie pour les personnes en perte d'autonomie et surtout éventuellement en perte d'autonomie psychique. Deux spécialités, la gériatrie et la psychiatrie semblent particulièrement problématiques.

La gériatrie est très peu représentée en secteur libéral. Une recherche sur l'annuaire ouvre sur une liste de dix noms (à titre de comparaison, la liste des spécialistes en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique comporte 246 noms). La gériatrie ambulatoire comporte des médecins généralistes qui se sont formés à la gériatrie et ont un exercice mixte de généraliste et de gériatre et quelques médecins gériatres spécialisés.

L'accès aux médecins psychiatres leur est également difficile. Ce constat reflète la situation généralement tendue de cette branche médicale, tout particulièrement pénalisante pour les personnes âgées alors que l'isolement et que les maladies somatiques augmentent le risque de développer une pathologie psychiatrique et que les patients psychiatriques vieillissent.

On reviendra plus loin (cf. *infra*, 7.2.1.1) sur l'aspect critique de la déshérence de soins des personnes âgées souffrant de pathologies mentales, en particulier de troubles autres que neurologiques que la montée en puissance de la maladie d'Alzheimer a en partie occultés, plus spécifiquement les états dépressifs.

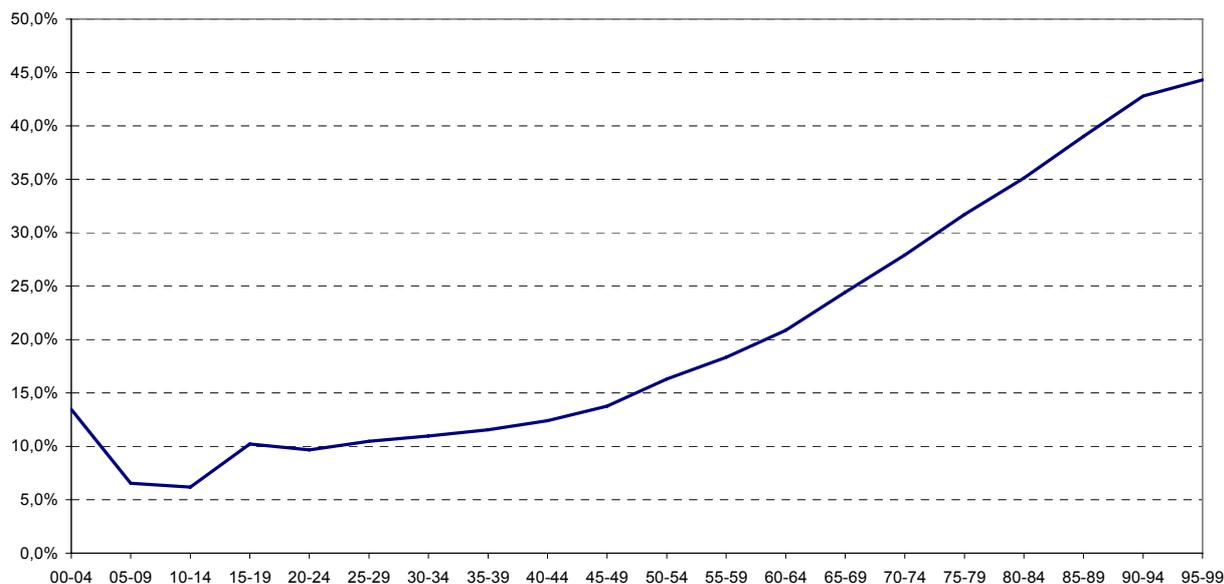
4.2.2. En milieu hospitalier

4.2.2.1. Croissance du recours à l'hospitalisation avec l'âge

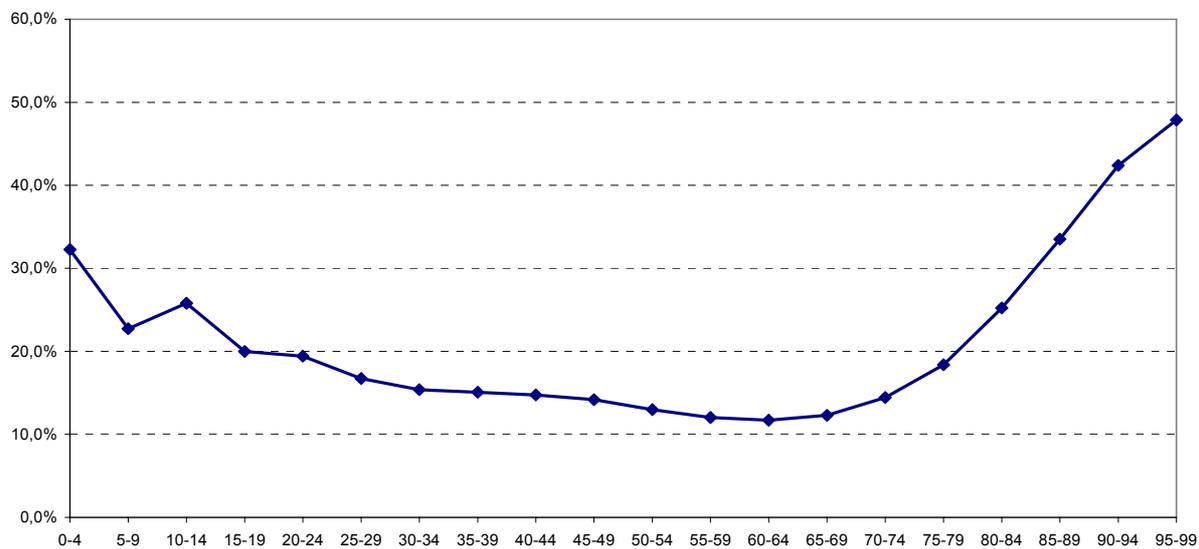
Les séjours à l'hôpital sont plus fréquents avec l'âge. Les patients âgés ont par ailleurs une durée moyenne de séjour plus longue et entrent plus fréquemment à l'hôpital en passant par les urgences⁴⁶ :

⁴⁶ Les graphiques utilisés dans cette section ont été présentés par le Professeur O. Saint-Jean lors de son audition du 31 mai

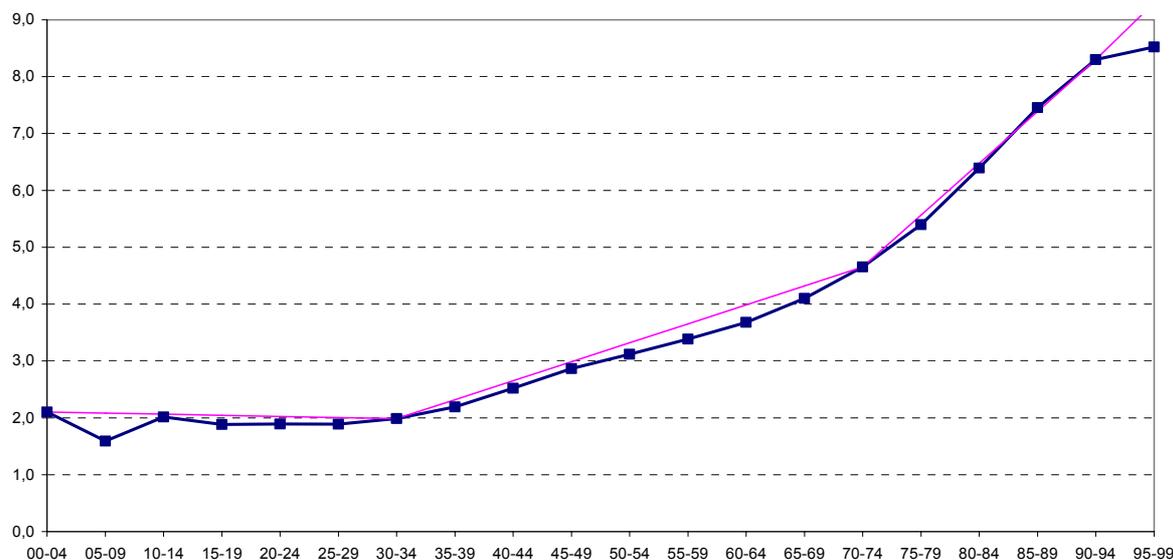
Taux d'hospitalisation en MCO, HAD et SSR (2008)
hors CMD 28, 14 et 15
Tous régimes



Part des séjours hospitaliers en MCO pour lesquels le patient est arrivé par les urgences
(2008)
hors CMD 14, 15 et 28
Tous régimes



Durée moyenne de séjour en MCO (2008)
hors CMD 28, 14 et 15
Tous régimes



4.2.2.2. Difficultés de l'institution hospitalière à prendre en compte la croissance du nombre de patients du grand âge

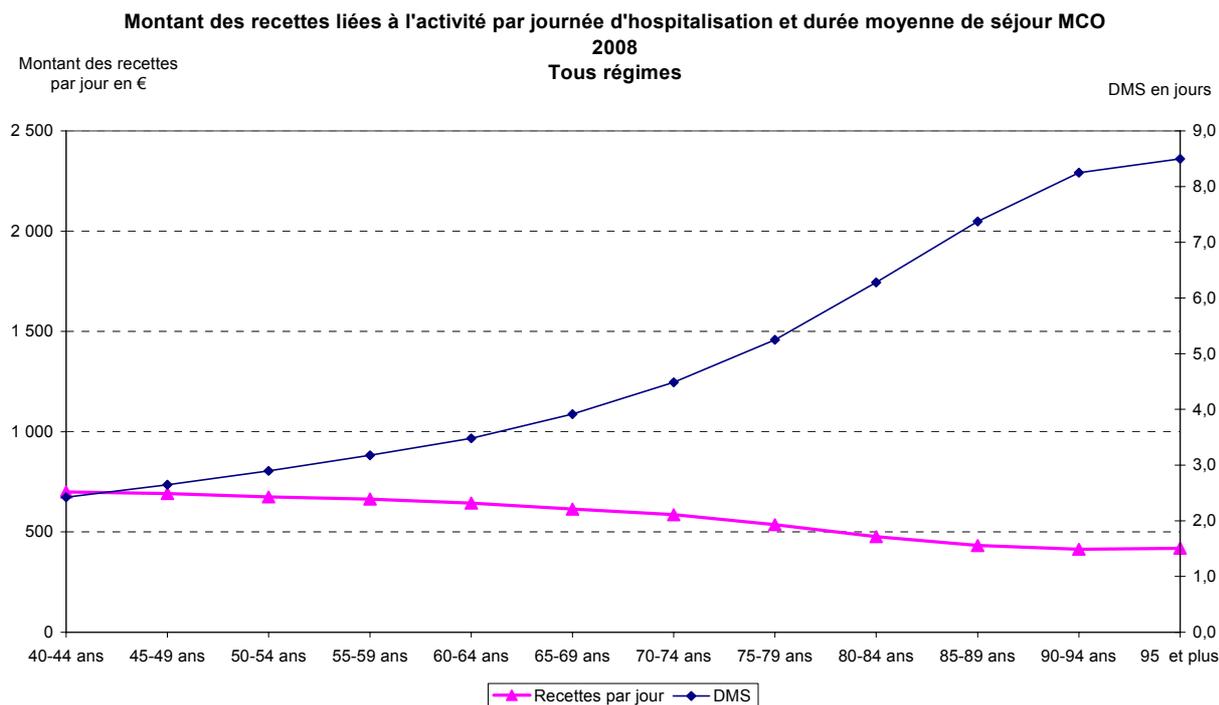
Les responsables hospitaliers font face à la croissance du nombre de personnes âgées dans les services hospitaliers : les plus de 75 ans représentent aujourd'hui 18 % des patients de l'AP-HP tous services confondus, hors USLD. En service de soins de suite et réadaptation, la gériatrie représente 82 % de l'activité.

Part des patients âgés de 75 ans et plus à l'AP-HP tous services hors USLD (source AP-HP/DPM)



Cette situation comporte une dimension budgétaire, comme le montre le graphique ci-après. C'est la résultante de la tarification à l'activité (T2A) instaurée depuis 2007 : la sécurité sociale verse, pour

chaque malade hospitalisé, une somme forfaitaire en fonction de sa pathologie. L'intérêt des établissements est donc de limiter au maximum les durées de séjour.



Le plan stratégique de l'AP-HP pour 2010-2014 place la prise en charge des malades âgés parmi ses priorités : « *Le précédent plan stratégique avait permis à l'AP-HP un développement important des services de gériatrie. Cet effort doit être poursuivi et adapté, compte tenu de l'évolution des besoins et des difficultés croissantes de recrutement de soignants et de médecins. Les enjeux consistent à améliorer la prise en charge des personnes âgées dans le cadre des filières (lisibilité, accessibilité, continuité, fluidité), à rendre la gériatrie attractive, tant pour les médecins que pour les paramédicaux, et à développer la dimension hospitalo-universitaire de la discipline (enseignement et recherche). La poursuite de cet objectif sera en particulier recherchée par la généralisation des filières gériatriques dans chacun des groupements hospitaliers.* »

4.2.2.3. L'hospitalisation doit être une réponse ultime

Les risques liés à l'hospitalisation inadaptée des personnes âgées en perte d'autonomie sont importants et ont été maintes fois mis en avant. Il s'agit tout d'abord des risques iatrogéniques provoqués par les conditions d'hospitalisation en service d'urgence : attentes longues, désorientation, soins inappropriés.

L'orientation en sortie des urgences est souvent difficile, les séjours d'attente en « lit de porte » ont une fréquence corrélée à l'âge pour les plus de 75 ans, les services de soin aigu sont par ailleurs rarement en capacité de faire face aux besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes (risques de chute, escarres, incontinence...). Dans bien des cas, le séjour hospitalier renforce la perte d'autonomie.

Cette situation entraîne des coûts élevés pour l'assurance maladie (cf. conclusions du HCAAM citées ci-dessus 2.2.3.1) qui sont le plus souvent évitables. Deux sources de dysfonctionnement sont principalement en cause : d'une part les entrées par les services d'urgence qui auraient pu être évitées par une anticipation du séjour ou par le recours à une alternative à l'hospitalisation, d'autre part les séjours inutilement prolongés en l'absence de conditions de retour au domicile satisfaisantes ou de solution d'hébergement provisoire.

La prise en charge sanitaire des personnes âgées dans une filière de soins doit permettre la mise en œuvre des actions de prévention et de prise en charge à domicile ou en établissement en prenant en compte l'ensemble des risques liés à la perte d'autonomie, de même les sorties de service hospitalier doivent être organisées suffisamment en amont pour que les conditions d'organisation des soins et de compensation des incapacités puissent être réunies le plus rapidement possible. Ces objectifs ne peuvent être atteints sans qu'une réelle coordination des secteurs sanitaire, médico-social et social soit mise en œuvre.

4.3. Une coordination indispensable

4.3.1. Un fort enjeu financier et sanitaire

4.3.1.1. Quelles alternatives à l'hospitalisation ?

Les plus de 85 ans sont hospitalisés deux fois plus que la tranche 75-85 ans, elle-même hospitalisée quatre fois plus que la moyenne. La tranche des plus de 85 ans va augmenter de 40 % dans les 10 ans qui viennent, la pression qui pourrait en résulter sur la structure hospitalière serait considérable, tout comme les coûts en résultant pour l'assurance maladie.

Pour l'éviter, il serait nécessaire de mettre en place des systèmes permettant une meilleure prévention et des réponses de continuité des soins ambulatoires. A titre d'exemple : disposer d'une surveillance continue de type SSIAD de nuit, d'un système surveillance à distance des personnes fragiles ou de disposer d'infirmières de nuit dans les EHPAD. Or aujourd'hui les mécanismes de financement des soins apparaissent incompatibles avec ce type d'objectif car ils sont insuffisants. Y parvenir nécessite de dégager des ressources dans la dépense hospitalière et de pouvoir la réorienter.

4.3.1.2. Réorienter la dépense

Dans le cas du SSIAD, la prise en charge d'un patient est rémunérée un peu moins de 30 € par jour par l'assurance maladie sans compensation des frais de déplacement. Or, l'intervention du SSIAD est une condition de la continuité des soins au domicile qui peut permettre la sortie de l'hôpital, où le coût de journée en service de soin et réadaptation est de l'ordre de 400 € à 500 € par jour. L'enjeu représenté par le déplacement d'une partie de cette dépense pour accroître la durée et la qualité d'intervention du service de soins infirmiers est donc considérable.

Dans le même ordre de préconisations, l'HCAAM souhaite que l'on recherche des modes de tarification favorisant la coordination. Ceci pourrait passer, entre autres, par l'intégration de l'activité de coordination dans les objectifs des professionnels de santé libéraux (conventions, Expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) autorisés par l'article 44 de la LFSS 2008). Le haut conseil propose également la prise en compte des conditions du recours à l'hospitalisation dans le financement des EHPAD ou la reconnaissance de la fonction de synthèse médicale pour les médecins traitants (pour la prise en charge de leurs patients dépendants) et de la fonction de coordination soignante et sociale pour les autres professionnels de santé (essentiellement les infirmières libérales).

4.3.2. Dispositifs existants

Les dispositifs de coordination mis en place par la voie réglementaire se sont multipliés au point d'apparaître parfois aujourd'hui comme une complexité supplémentaire là où ils ont été voulus comme un élément de facilitation. Ils sont propres au système sanitaire ou se positionnent comme un moyen de liaison entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. Ils sont caractérisés par un modèle d'intégration plus ou moins poussé.

4.3.2.1. Les dispositifs d'accueil et d'orientation

Au sein du système sanitaire il convient de citer en premier lieu les **réseaux de santé**, financés par l'assurance maladie, qui visent à coordonner sur un même territoire des praticiens libéraux, médecins ou auxiliaires médicaux, avec des structures hospitalières ou des centres de santé. Leur action peut se déployer dans une logique généraliste ou dans un champ spécifique. Il existe ainsi six réseaux de santé gériatriques intervenant sur le territoire parisien.

Les **filières gériatriques** sont, elles, portées par les services hospitaliers. Ces filières définies par circulaire en 2002 visent à une organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné ayant pour objectif de couvrir l'intégralité des parcours possibles en tenant compte du caractère évolutif des besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elles associent au minimum une unité de court séjour, une équipe mobile, une consultation et un service d'hospitalisation de jour, un ou plusieurs SSR, une ou plusieurs USLD.

Une filière de soins gériatrique doit organiser au niveau de son territoire d'implantation, des partenariats avec l'hospitalisation à domicile (HAD) les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile⁴⁷.

Les **centres locaux d'information et de coordination (CLIC)**, pilotés par les départements, sont appelés Points Paris Emeraude (PPE) à Paris. Ils ont un rôle de coordination, pouvant être mise en œuvre par niveaux, définie de la manière suivante⁴⁸ :

- information des personnes âgées et de leur famille ainsi que des professionnels, sur les droits et démarches, sur les dispositifs et moyens existants en matière sociale, de santé, d'habitat ;
- orientation de la personne âgée dans un dispositif d'offre de prestations, sur la base d'une définition préalable des situations complexes ou urgentes qui sont du ressort de la coordination ;
- évaluation des besoins en tenant compte des désirs, des préférences, de l'environnement de la personne - ce qui justifie la visite d'évaluation au domicile - et élaboration d'un projet d'accompagnement et de soins par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin ;
- construction des rapports contractuels avec les personnes âgées et leur entourage afin de recueillir leur adhésion et de leur garantir des prestations sociales et médicales en relation avec les différentes formes institutionnelles d'accueil et d'hébergement ;
- mise en œuvre, suivi et adaptation du plan d'aide individualisé ;
- formation et échange sur les pratiques, incluant l'aide aux aidants ;
- contribution à une mission d'observatoire avec l'objectif de rendre l'information accessible, homogène et ordonnée, de constituer des recueils de cas, d'en faire et d'en diffuser l'analyse.

Le **dispositif MAIA**, initié par le plan Alzheimer 2008/2012 et financé par l'Etat, « permet à partir d'une structure existante (d'accueil, d'orientation, de coordination) de construire, avec les partenaires institutionnels et les professionnels d'un territoire défini, de nouveaux modes de travail partenarial. Loin de superposer un dispositif à un autre, les MAIA décroisent le secteur médico-social et le secteur sanitaire et organisent leur coopération, selon un processus établi afin que tous les partenaires recensés sur un territoire partagent des référentiels et aient des pratiques communes. Il s'agit de proposer une réponse harmonisée, complète et adaptée à chaque personne et,

⁴⁷ Circulaire DHOS 20/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique

⁴⁸ Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

à travers un processus « d'intégration », de développer une réelle coopération par la co-responsabilisation des acteurs et des financeurs sanitaires et sociaux, avec la perspective d'obtenir un label qualité. »⁴⁹.

17 sites ont été retenus pour l'expérimentation dont l'un sur le territoire parisien, dans le XX^{ème} arrondissement. 35 nouveaux sites sont proposés à la labellisation en 2011, la candidature d'un second site parisien n'a pas été retenue mais fera partie d'une prochaine vague.

4.3.2.2. Les dispositifs de coordination des intervenants

Il convient par ailleurs de mentionner les instances auxquelles les usagers ne s'adressent pas directement mais qui permettent la coordination au niveau local :

- Les **équipes mobiles gériatriques externes** ont été créées à titre expérimental en 2008, elles assurent des missions d'animation, d'expertise, de régulation, de veille sanitaire et médico-sociale en créant des liens privilégiés entre le secteur médico-social et le secteur hospitalier et en favorisant le partage une culture gériatrique commune.

Ce dispositif doit également faciliter les liens entre l'hôpital et les EHPAD du territoire, y compris l'accès au plateau technique de l'hôpital. Elles interviennent au sein des EHPAD à leur demande ou, à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque celui-ci est pris en charge par un SSIAD ou un réseau de santé gériatrique, pour conseiller les personnels des établissements ou les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise.

Cette expérimentation a été initiée par la circulaire DHOS du 2007 mars 2007, elle vient compléter les missions des équipes mobiles gériatriques internes aux établissements hospitaliers orientées vers la coordination des parcours de soin des personnes âgées et l'expertise gériatrique au sein de l'hôpital.

Les équipes mobiles externes parisiennes, au nombre de trois, sont rattachées aux hôpitaux Bretonneau, Broca et HEGP et couvrent chacune une partie du territoire parisien. La durée de l'expérimentation avait été fixée pour deux ans, leur financement n'est donc pas pérennisé à ce jour.

- Les **commissions Ville-Hôpital** ont pour origine la préoccupation de préparer au mieux les sorties d'hospitalisation partagée par les services sociaux départementaux et hospitaliers. Les cinq commissions Ville - Hôpital établies à Paris en janvier 2006 rassemblent les PPE/CLIC et les hôpitaux de proximité, AP-HP ou participant au service public, sur un même territoire. Elles ont pour objectif de développer et garantir les bonnes pratiques en matière de collaboration et de continuité de prise en charge des personnes âgées, ainsi que l'utilisation d'outils communs à l'ensemble du territoire parisien.

Cette articulation a permis une meilleure connaissance réciproque des professionnels du sanitaire et du social, elle facilite les entrées et sorties d'hospitalisation des personnes âgées, désormais mieux préparées. Les commissions Ville-Hôpital ont également permis aux PPE/CLIC de davantage s'articuler avec les médecins libéraux.

- Les **commissions techniques personnes âgées (CTPA)** ont été créées à Paris conjointement par les services sociaux départementaux polyvalent (SSDP), les équipes médico-sociales APA et les PPE/CLIC au sein de chaque arrondissement. Elles sont plus spécifiquement placées auprès des PPE/CLIC et ont pour objectif la concertation sur les situations présentant des difficultés qui n'ont pu trouver de solution à un autre niveau.

⁴⁹ Circulaire interministérielle N° DGCS/SD3A/DGOS/2011/12 du 13 janvier 2011 relative à la mise en oeuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)

Les commissions sont composées de membres permanents issus des différentes catégories d'intervenants auprès des personnes âgées (PPE/CLIC, APA, SSDP, psychiatres, service social hospitalier, médecin, service d'aide à domicile) auxquels il est possible d'associer des membres invités.

L'objectif de la CTPA est d'aider les professionnels à trouver une solution, coordonner les acteurs, soutenir, voire nommer, le référent pour les situations le nécessitant. Le fonctionnement des CTPA donne lieu à des bilans annuels dont les enseignements sont reportés dans un protocole d'articulation des services.

4.3.3. Lever les freins à la coordination de l'ensemble des intervenants

4.3.3.1. Les frontières persistantes entre le sanitaire et le médico-social

On constate que les dispositifs existants ne donnent pas encore tous leurs effets et leur multiplicité démontre la complexité de mise en œuvre d'une organisation qui mette la personne âgée au centre du système tout en assurant l'efficacité globale des réponses à la perte d'autonomie. La question du financement des moyens affectés à la coordination se pose assurément mais ne saurait masquer les problèmes engendrés par les répartitions de compétences, les profondes différences statutaires et les modes de financement, et en particulier pour ce qui concerne les relations entre institutions sanitaires et institutions médico-sociales. La création des ARS apporte le début d'une réponse, mais les conditions d'une coopération étroite entre les acteurs locaux ne sont pas toujours réunies et cela reste un frein à la fluidité des parcours empruntés par les personnes âgées en recherche d'aide.

Dans son rapport adopté le 23 juin 2011, le HCAAM indique que 12 à 30 professionnels de santé différents et un à quatre types d'intervenants sociaux sont généralement impliqués dans le suivi et le traitement des malades relevant des affections de longue durée courantes chez les personnes âgées en lien avec, ou pouvant conduire à, une perte d'autonomie. Le rôle du médecin traitant, souvent en lien avec le médecin spécialiste intervenant à titre principal, apparaît primordial pour la coordination de l'ensemble des intervenants. Cependant le mode de conception et de rémunération de ces tâches reste à ce jour limité à la règle, inappropriée, de la tarification à l'acte. Par ailleurs, le médecin traitant ne dispose pas, en général, d'une information complète sur l'offre de service aux personnes âgées, en particulier hors du champ sanitaire.

Une réponse complémentaire à la coordination médicale a été apportée récemment avec le principe du suivi individualisé, tel qu'il est prévu par exemple dans la réforme des PPE⁵⁰ ou l'expérimentation des MAIA. Inspiré d'exemples étrangers ayant fait leurs preuves⁵¹, ce concept reste à évaluer dans ses adaptations françaises. Le gestionnaire assure la coordination de l'ensemble des intervenants autour de la personne en perte d'autonomie, qu'il s'agisse de déterminer les droits à compensation, d'organiser le plan d'aide à domicile ou d'initialiser et suivre la mise en œuvre du plan de soins.

⁵⁰ Le cahier des charges de l'appel à projet 2011 (cf. *supra* 3.2.2.1.) précise que « Dans chaque territoire le gestionnaire s'organisera pour impulser des modes de travail garantissant [...] une réponse individualisée et adaptée aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie, et notamment aux moments critiques que constituent les sorties d'hospitalisation ou la recherche d'un service d'aide à domicile ou d'un établissement. Tout au long de sa prise en charge par le PPE/CLIC, l'usager dispose d'un interlocuteur unique capable de résoudre les problèmes, des plus simples aux plus complexes, pour des situations médico-psycho-sociales qui demandent des réponses plurielles et coordonnées. Durant cette période, ce professionnel est le référent de la personne âgée, il organise l'évaluation multidimensionnelle et établit le plan d'accompagnement individualisé, en lien si possible avec le médecin traitant. Il assure la continuité des réponses dans le temps et entre les différents acteurs. »

⁵¹ Plusieurs expériences de ce type ont été menées à l'étranger (Community matrons au Royaume-Uni, programme Evercare aux Etats-Unis), mais c'est le programme québécois PRISMA visant à l'intégration structurelle et fonctionnelle de tous les acteurs qui fait référence. PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie) est un modèle québécois basé sur six éléments : concertation locale, guichet unique pour l'accès aux services, attribution à chaque client d'un gestionnaire de cas, mise en place d'un plan de services individualisé, adoption d'un outil unique d'évaluation et d'utilisation d'un dossier clinique informatisé.

4.3.3.2. L'expérimentation du modèle d'organisation intégrée

Partant du constat que les structures de coordination, telles que les CLIC et les réseaux de santé, se heurtent à une trop grande complexité lorsque le nombre de services à articuler augmente beaucoup, ainsi que leurs contraintes liées à leurs financeurs et autorités, un modèle d'intégration des organisations a été proposé avec l'expérimentation PRISMA, réalisée sur trois sites français comprenant un site parisien dans le 20^{ème} arrondissement, dont l'approche a été retenue dans l'expérimentation des MAIA.

Emilie Delpit, Directrice de cabinet de la Secrétaire d'Etat auprès de la Ministre de la solidarité et de la cohésion sociale⁵², a illustré cette logique de la manière suivante lors de son audition : « *On entre dans la dépendance par diverses voies. Cela peut-être un problème médical, pour quelqu'un qui se fait une fracture du col du fémur. Pour d'autres, on sera plus dans un glissement régulier, la personne ne passera pas nécessairement par la case médicale aiguë, mais elle ressentira progressivement dans sa vie quotidienne un besoin d'aide et d'accompagnement plus grand. Ses premiers interlocuteurs seront sans doute plus les CCAS ou directement les services d'aide à domicile.*

Les premiers interlocuteurs que l'on a, lorsque l'on est face à ce type de situation, peuvent donc être très différents. Quel que soit l'endroit par lequel on arrive, il faut que l'on soit assuré d'avoir ensuite accès à l'ensemble des réponses susceptibles d'intéresser. Pour faire un parallèle, c'est comme dans une entreprise, lorsque vous vous trompez d'interlocuteur, qu'au lieu de vous dire « Ce n'est pas moi » et on vous raccroche au nez, on vous dit : « D'après ce que je comprends de votre problématique, il faudrait plutôt que vous appeliez tel service et je vous donne le numéro de téléphone ».

L'intégration vise ainsi à modifier le système lui-même en modifiant à la fois les organisations dans leur fonctionnement (outils communs, procédures communes, critères d'admission, circulation de l'information) et dans leur relation à leurs autorités et financeurs, eux-mêmes modifiés dans leur fonctionnement (gouvernance, mission et responsabilité commune). Un outil juridique, le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), permet d'intégrer des structures des champs sanitaire, social et médico-social de statuts public et privé. Outre la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel,...), la mise en commun de services (juridiques, comptables,...) ou d'équipements, il permet des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social.

⁵² Auditionnée par la MIE le 13/07/2011.

5. LE MAINTIEN A DOMICILE

Demeurer le plus longtemps possible à son domicile et si possible ne jamais le quitter est le souhait majoritaire de tous les citoyens, et ce à l'échelle européenne. « D'après une enquête réalisée par Eurobaromètre, près de 80 % des citoyens de l'Europe des Vingt-sept déclarent en effet être pris en charge à domicile dans l'hypothèse où ils deviendraient dépendants.⁵³ »

Depuis le rapport du Haut comité consultatif de la population et de la famille de 1962, dit « rapport Laroque », c'est aussi l'affirmation de toutes les politiques menées en direction des personnes âgées.

« Cette solution [le « placement collectif »] doit demeurer exceptionnelle. L'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans notre société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires, par l'organisation de leurs occupations et de leurs loisirs⁵⁴. »

Un demi siècle plus tard, lors du lancement du débat national sur la dépendance, l'affirmation n'a guère varié.

« Le maintien le plus longtemps possible à domicile, l'encouragement aux solidarités familiales, aux solidarités de proximité, doivent être regardés comme des priorités absolues pour une politique à l'égard des personnes âgées dépendantes qui considère leur présence dans la société comme une source d'enrichissement humain et qui repose sur la conviction que le sentiment d'être aimés est peut-être le plus important que l'on puisse faire à l'endroit de ceux qui nous ont tant donné⁵⁵. »

Dans son très complet rapport de 2005 « Les personnes âgées dépendantes », la Cour des Comptes dresse pourtant un bilan très sévère de plus de 40 ans de politiques publiques en faveur du maintien à domicile des personnes âgées.

« L'organisation administrative et financière n'est ainsi pas en mesure de répondre aux aspirations premières des personnes qui sont la simplicité, la rapidité de la décision et l'efficacité des aides⁵⁶. »

A l'issue du débat national sur la dépendance, après avoir indiqué qu'il était souhaitable de faire évoluer l'actuel rapport de 60 personnes vivant à domicile pour 40 vivant en établissement à un rapport de 70/30, Emilie Delpit a souligné le caractère urgent des décisions à prendre à court terme en matière de maintien à domicile.

« A l'issue de ce débat, pour essayer de mettre en perspective les différentes conclusions des groupes de travail, comme vous me le demandez, on peut sans doute signaler qu'il existe un enjeu financier de court terme, puisqu'il faut renflouer le système, face à une situation d'urgence.

Pour le gouvernement, à ce stade, sont identifiées comme priorités les questions :

⁵³ Eurobaromètre (2007) Health and Long-term Care in the European Union?, in Les Défis de l'accompagnement du grand âge rapport du CAS juin 2011

⁵⁴ rapport Laroque page 9, cité in Bernard Ennuyer « Repenser le maintien à domicile »

⁵⁵ Lancement du débat sur la dépendance. Discours de Nicolas Sarkozy 8 février 2011

⁵⁶ page 291

- du reste à charge, en établissement ou à domicile, puisque pour les personnes dont le GIR est élevé, le maintien à domicile peut également être très onéreux ;
- du modèle économique des services d'aide à domicile, du côté de l'offre. »

C'est dans le cadre général de ce constat que l'on va envisager ici la question du maintien à domicile des personnes âgées parisiennes en perte d'autonomie.

Seront examinées successivement :

- la question des services d'aide à domicile ;
- celle des services de soins infirmiers à domicile ;
- celle de l'adaptation et de l'accessibilité du logement, tant dans le parc social que dans le parc privé ;
- celle des aidants familiaux ;
- celle des services concourant au maintien à domicile.

5.1. Les services d'aide à domicile

5.1.1. Une offre foisonnante et peu lisible

5.1.1.1. Les différentes modalités de l'aide à domicile

Lorsqu'une personne âgée veut se faire aider à domicile, cette aide peut revêtir trois modalités distinctes.

Elle peut demander l'intervention d'un service prestataire, c'est-à-dire employeur de ses aides à domicile. Ce service peut être privé, associatif à but non lucratif, ou bien un service public dépendant en général du centre communal d'action sociale ou d'une municipalité.

Elle peut demander l'intervention d'un service mandataire, et elle demeure en ce cas l'employeur de son aide à domicile, l'association mandataire n'ayant légalement qu'un rôle d'aide administrative.

Elle peut enfin l'employer de gré à gré, c'est-à-dire l'embaucher directement et le payer par l'intermédiaire du CESU.

L'agrément qualité est obligatoire depuis 1996 pour un service intervenant auprès d'enfants âgés de moins de trois ans et de personnes âgées de plus de 70 ans, pour que les clients ou usagers de ces services puissent bénéficier de l'exonération fiscale.

Dans son rapport public 2009, la Cour des Comptes⁵⁷, qui « constatait en 2005 l'éclatement des procédures de régulation entre procédure d'autorisation par le président du conseil général, procédure d'agrément par la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP), procédure d'habilitation à l'aide sociale gérée par le département et procédure de conventionnement par les caisses de retraite », [...] recommandait la simplification et l'unification des dispositifs, pour une régulation plus claire et plus efficace », constate que « cette recommandation n'a pas été suivie. [...] Difficilement compréhensible pour les usagers et les services, ce système ne permet pas de rationaliser l'offre [...] et laisse aux associations gestionnaires des services d'aide à domicile le choix entre deux procédures qui n'imposent pas exactement les

⁵⁷ « La prise en charges des personnes âgées dépendantes » pages 260-261

mêmes exigences en termes de qualité. Il permet une divergence de tarifs et pose la question de l'égalité de traitement des personnes bénéficiaires de services facturés à des niveaux différents. »

De son côté, lors de son audition par la MIE le 25/05/2011, Mme Patricia Cordeau, directrice de l'UNA Paris, a mis « les gens au défi de s'y retrouver clairement entre agrément simple, agrément qualité, autorisation, habilitation ou encore conventionnement. Il faudra bientôt un lexique pour se retrouver un minimum dans le paysage ».

Commentant 30 ans de politiques publiques, de la création en 1981 des « auxiliaires de vie » à l'amendement Seguin en 1987 et au plan Borloo de 2005, Bernard Ennuyer remarque que « il ne s'agit plus tant d'aider les personnes âgées à rester chez elles que de créer de l'emploi à tout prix »⁵⁸.

5.1.2. L'offre d'aide à domicile à Paris

A Paris, du système le plus encadré par le conseil général au dispositif le plus « libéral », les usagers de la capitale peuvent choisir entre toute une gamme d'opérateurs aux statuts divers :

- 40 services publics, associatifs ou privés prestataires autorisés, dont 16 habilités à l'aide sociale légale par le département, dont le CASVP ;
- 244 structures de service à la personne associatives ou privées bénéficiant d'un agrément qualité délivré par la DIRECCTE⁵⁹ sur la base d'un cahier des charges établi par les services de l'Etat et donc autorisés à intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH ;
- 588 structures de service à la personne associatives ou privées ne bénéficiant que d'un agrément simple (elles n'étaient que 335 fin 2008) ;
- l'emploi de personnel de son choix soit par l'intermédiaire d'un service mandataire soit en emploi direct.

5.1.2.1. Les services prestataires autorisés et habilités parisiens sont en difficulté

A Paris, 16 associations dont 15 sont adhérentes à l'UNA sont autorisées et habilitées. Leur tarification est fixée chaque année par le Département de Paris depuis 2008.

Dans le cadre de deux conventions de modernisation successives signées avec le Département, ces associations ont fait porter leurs efforts sur une démarche qualité passant par la certification. La plupart d'entre elles ont atteint et dépassé le ratio de 20 % de personnels qualifiés (l'un des critères d'habilitation à l'aide sociale légale), beaucoup dépassant même les 30 %.

Ces services ont connu en dix ans, de 1999 à 2009, une chute d'activité de près de 10 %, avec une baisse d'un tiers des heures aide sociale légale et de 13 % sur les prises en charge CNAV.

Le nombre des personnes aidées a diminué de 2,35 % entre 2007 et 2008 et de 8 % entre 2008 et 2009.

L'augmentation des heures APA, pourtant constante ces dernières années, n'a pas permis de compenser cette perte, les associations se heurtant à la concurrence des services agréés qualité dans ce domaine.

⁵⁸ « Repenser le maintien à domicile », Dunod 2006

⁵⁹ Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

Seules deux structures de grande taille, par ailleurs dotées d'un SSIAD, ont réussi à maintenir et développer leur activité.

Les tarifs horaires de ces 15 associations, en 2010, vont de 19,97 € à 21,77 €, la moyenne s'établissant à 20,86 €. Cette tarification des services d'aide à domicile, calquée sur celle des établissements sociaux et médico-sociaux, présente l'inconvénient majeur en période de baisse d'activité, de faire augmenter les tarifs de par la reprise des déficits d'une année sur l'autre.

Pour pallier ces difficultés, le département de Paris verse aux associations habilitées une participation qui compense la différence entre leur tarif horaire et le tarif horaire fixé pour les heures APA. En 2008, 1 381 396 € ont été répartis entre 12 associations ; en 2009, 2 188 657 € entre 15 associations, en 2010 3 079 742 €.

Ce soutien est exponentiel, car reposant sur deux facteurs, le montant du tarif et le nombre d'heures effectuées auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH qui sont tous deux en hausse continue.

Dans ce contexte, le choix a été fait de ne pas habiliter pour le moment d'autres structures à l'aide sociale légale.

5.1.2.2. Les initiatives de modernisation du département de Paris

1. La mise en place de la télégestion et du CESU

La mise en place de la télégestion concerne les 16 services autorisés et habilités et le service d'aide à domicile du CASVP. Elle devrait permettre un allègement des tâches de gestion et un meilleur contrôle de l'effectivité des prestations versées. C'est l'objectif principal de la convention conclue en septembre 2009 avec la CNSA qui soutient financièrement la mise en place de la télégestion.

La **télégestion** consiste à « tracer » l'arrivée et le départ des intervenants à domicile (badgeage) en vue de contribuer à la qualité des prestations assurées (ponctualité, régularité, effectivité) et à améliorer les relations entre les services d'aide à domicile et les usagers. Cet outil doit aussi faciliter les tâches de facturation de manière à réduire les délais de paiement des prestataires.

Le **chèque emploi-service universel (CESU)** préfinancé s'adresse principalement aux personnes ayant choisi l'emploi direct, mais sera également utilisé pour verser les prestations aux personnes faisant appel à des services prestataires n'adhérant pas à la télégestion.

Le CESU et la télégestion seront mis en place après déploiement du nouveau système d'information gérant l'aide sociale légale (SALSA). Le lancement effectif de la consultation est prévu pour octobre 2011 avec passage en commission d'appel d'offres début 2012.

Il est prévu une phase d'expérimentation de la télégestion à l'automne 2012 puis, à l'issue, la généralisation de la télégestion et le déploiement du CESU en 2013.

2. Une meilleure exécution des plans d'aide de l'APA

Le Conseil de Paris a approuvé en février 2011 un dispositif extra-légal sur l'APA prévoyant une exonération totale de participation pour les parisiens les plus modestes, percevant moins de 1 000 € par mois, et une atténuation de cette participation pour les parisiens disposant de revenus mensuels compris entre 1 000 et 1 200 €. Ces mesures devraient générer une augmentation des heures APA réellement effectuées, les plus modestes bénéficiant d'une APA entièrement financée par le département [cf. *supra* § 1.2.2.2.].

3. Une nouvelle convention de modernisation en cours de préparation

Ses contours sont en cours de discussion avec la fédération UNA de Paris. Les axes en sont les suivants :

- amélioration de la qualification des intervenants et encadrants sur la prise en charge des personnes handicapées ;
- amélioration de la qualification des encadrants pour la gestion de la relation au client ;
- évaluation externe sur la garde itinérante de nuit, en lien avec l'objectif d'adaptation de l'offre aux besoins des usagers ;
- mutualisation entre services de l'UNA.

5.1.3. Quel avenir pour les services autorisés et habilités ?

Les difficultés du secteur associatif de l'aide à domicile ne sont pas une spécificité parisienne ; elles s'observent sur l'ensemble du territoire. Elles ont fait l'objet de nombreux travaux de l'Association des départements de France, de l'IGAS, voire de l'UNA, qui les a exposées à la Mission lors de son audition.

Concluant sur ce point, le rapport du groupe de travail dirigé par Mme Ratte « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie » appelle de ses vœux un plan de modernisation du secteur de l'aide à domicile.

« Les propositions envisagées de réforme des services d'aide à domicile ne font pas à ce jour l'unanimité des acteurs du secteur. Elles sont cependant très attendues, chacun estimant que le système actuel n'est pas satisfaisant et doit faire l'objet d'une refondation [...] Il est donc fortement recommandé de rouvrir les « négociations » sur ce thème dans la poursuite du débat national sur la dépendance, et d'avancer rapidement sur l'évolution des modes de régulation et des procédures de tarification en vigueur dans ce secteur. »

Fin juillet 2011, Madame Roselyne Bachelot a confié à Bérengère Poletti, députée des Ardennes, une mission parlementaire ayant pour objectif d'évaluer les difficultés des services d'aide à domicile agréés et autorisés, et d'élaborer rapidement des mesures en réponse à ces difficultés.

Ces mesures selon la lettre de mission de la ministre se dessineront selon trois axes :

- dresser un bilan précis et chiffré des services en difficulté, et développer une analyse permettant de comprendre les évolutions ayant mené à la situation actuelle,
- distinguer les leviers mobilisables pour renforcer le soutien à la modernisation des services et à l'optimisation de leurs modes de gestion,
- travailler sur des propositions visant à rendre possible une réforme de la tarification de l'aide à domicile posant des bases solides pour l'avenir.

Un rapport intermédiaire est attendu pour la fin septembre, le rapport final sera présenté au cours du mois de décembre.

5.2. Les Services de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD)

Un SSIAD est une structure médico-sociale, publique ou privée à but lucratif ou non, assurant sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers auprès :

- de personnes âgées de 60 ans ou plus, malades et/ou dépendantes ;

- de personnes handicapées adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ;
- de personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques spécifiques.

Les SSIAD interviennent sept jours sur sept et toute l'année sur une amplitude horaire allant de 8 h à 20 h.

Ils assurent les soins infirmiers et l'hygiène générale aux personnes âgées, malades ou dépendantes. Leur vocation est d'éviter ou de retarder au maximum l'hospitalisation des personnes âgées, de faciliter leur retour à domicile à la suite d'une hospitalisation, de prévenir ou retarder l'entrée en EHPAD. Ils permettent également d'assurer le maintien et de préserver l'autonomie du patient dans la mesure de ses capacités.

Les SSIAD sont constitués d'une équipe pluridisciplinaire constituée de :

- aides-soignants ou aides médico-psychologiques réalisant les soins de base et relationnels ;
- pédicures, podologues, ergothérapeutes, infirmiers libéraux et psychologues si nécessaire ;
- un infirmier coordonnateur ;
- des infirmiers assurant les soins techniques (injections, pansements).

Toutes ces prestations sont comprises dans le prix de journée.

Un SSIAD est autorisé pour 15 ans par le directeur général de l'ARS d'Ile de France après appel à projets, sur un ou des arrondissements mitoyens en fonction des besoins à couvrir, pour une capacité dont au minimum 5 voire 10 % des places sont dévolues aux personnes handicapées en raison d'une prise en charge plus importante en faveur des personnes âgées.

Le prix de journée est basé sur un forfait de 10 500 € par place et par an (en 2010), soit un prix de journée estimé à 28,77 €. Ce prix de journée est calculé par division par 365 jours du nombre de places sans différenciation personnes handicapées/personnes âgées. Les places personnes âgées sont financées sur l'enveloppe personnes âgées et les places personnes handicapées sur les crédits du handicap.

Paris dispose de 33 SSIAD, soit 5 166 places personnes âgées auxquelles s'ajoutent 70 places Alzheimer. Le taux d'équipement rapporté à la population des plus de 75 ans est légèrement plus favorable - 0,14 ‰ - que la moyenne nationale (0,12 ‰).

La Fondation Sainte-Marie dispose d'un SSIAD de nuit (autorisé pour 15 ans).

Le SSIAD du CASVP (600 places) intervient dans les 23 résidences services de la Ville (*cf. infra*).

Plusieurs expérimentations sont en cours :

- SSIAD renforcé, destiné à la prise en charge des personnes âgées et personnes handicapées atteintes de maladies neurologiques invalidantes, pathologies cancéreuses ou soins palliatifs (interventions 7 jours/7, passage jusqu'à quatre fois par jour et temps d'intervention plus long qu'en SSIAD « classique ») ;
- deux SSIAD disposent de gardes itinérantes de nuit : SSIAD UNA Paris XII (400 places) et SSIAD Fondation Maison des champs (330 places) ;
- sept SSIAD disposent d'une équipe « pilote » Alzheimer.

5.3. Le logement

Concernant le maintien à domicile, la question du logement est bien entendu déterminante « *afin que le logement ne soit pas un handicap de plus pour les personnes en perte d'autonomie liée à l'âge. En répondant aux besoins de ces personnes, l'adaptation du logement favorise le maintien à domicile* »⁶⁰.

La situation des parisiens âgés de 60 ans et plus est à cet égard la suivante. Quatre parisiens sur cinq vivent dans le parc privé : un sur deux est propriétaire de son logement, un sur quatre locataire du parc privé (2 % sont locataires d'un « meublé »). A l'inverse, une personne âgée sur cinq est locataire du parc social.

Si les perspectives du logement social paraissent depuis quelques années s'améliorer dans le sens de la prise en compte des handicaps et fragilités du grand âge, il n'en va pas de même dans le parc privé, où les personnes âgées ont affaire à un maquis d'aides complexe et insuffisant, en dépit de la politique que mène la collectivité parisienne.

5.3.1. Le logement social

5.3.1.1. *La demande de logement social des personnes âgées est en augmentation*

Si, de 2006 à 2009, le nombre de demandeurs de logement social à Paris a progressé de 9,2 %, le nombre de demandeurs résidant à Paris âgés de 63 ans et plus a progressé dans le même temps de 24,9 %.

En 2010 on dénombrait 15 339 demandeurs de logement âgés de 60 ans et plus (soit plus de 12 % du total des demandeurs de logement). Dans près de 60 % des cas, il s'agit d'une personne seule à reloger, dans 26 % des cas de deux personnes.

Plus d'un demandeur de logement sur deux dispose de ressources mensuelles inférieures à 1 500 € (8,7 % ont moins de 500 €, 24,1 % entre 500 et 1 000 €, 23,9 % de 1 000 à 1 500 €).

43,9 % disposent de ressources mensuelles supérieures à 1 500 € : 16,5 % ont de 1 500 à 2 000 €, 10,1 % de 2 000 à 2 500 €, 16,7 % plus de 2 500 €.

Les principaux motifs de la demande de logement sont les suivants : loyer trop cher (3 559), logement trop petit (2 919), incommodités (1 803), absence d'ascenseur (1 199), logement trop grand (827) et insalubrité (488).

De nombreuses demandes sont également motivées par des problèmes de bail ou de maintien dans les lieux : 2 524 avancent une situation précaire, 772 la reprise du logement par le propriétaire, 465 la perte d'un logement de fonction, 447 une fin d'hébergement et 305 un congé pour vente.

5.3.1.2. *463 logements sociaux ont été attribués en 2010 à des personnes âgées*

Si les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 12,5 % des demandeurs de logement, elles ont bénéficié en 2010 de 11,7 % des logements attribués sur le contingent Ville de Paris.

259 relogements ont concerné des personnes seules et 149 des couples.

⁶⁰ Philippe Delaroa, directeur général du Pact de Paris, audition du 8 juin 2011.

85 % des ménages relogés disposent de moins de 2 500 €. 88,5 % sont sous le plafond PLUS et 60,9 % sous le plafond PLAI.

5.3.1.3. Les actions mises en œuvre par la Ville de Paris pour améliorer l'accessibilité et l'adaptation des logements

Le Schéma gérontologique départemental 2006-2011 prévoyait trois types d'actions pour une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans le parc social :

- mieux connaître le parc social pour mieux attribuer les logements sociaux ;
- favoriser le maintien à domicile par l'adaptation des logements ;
- inciter les bailleurs à produire des logements adaptés et des nouveaux concepts de logements sociaux associés à des services de proximité.

a) Mieux connaître le parc social pour mieux attribuer les logements sociaux

Un diagnostic accessibilité a été réalisé par les bailleurs sur près de 200 000 logements sociaux à Paris.

26,2 % des logements sont entièrement accessibles, de la rue à la porte du logement

38,9 % des logements sont accessibles « à la canne »

35 % des logements ne sont pas accessibles

Plusieurs actions ont été mises en œuvre pour rechercher une meilleure adéquation entre offre et demande :

- meilleure information de la Ville par les bailleurs sociaux sur l'accessibilité et l'adaptation, grâce à une amélioration des procédures à partir de 2009 ;
 - un formulaire spécifique handicap mis à disposition des demandeurs pour préciser leur situation de handicap dans le cadre de la réforme de la demande de logement mise en œuvre en 2010-2011 ;
 - dans la Charte des mutations au sein du parc social adoptée en 2009, priorité est donnée aux situations de handicap et de mobilité réduite ainsi qu'aux demandes de réduction de taille des logements. En 2010, sur 618 mutations agréées, 25 % l'ont été pour réduction de surface, 15 % pour handicap ou vieillissement.
- b) Favoriser le maintien à domicile par l'adaptation des logements sociaux
- mise en place de référents handicap chez les bailleurs sociaux, généralisée en 2010 ;
 - diffusion par la Ville d'un référentiel technique accessibilité ;
 - réalisation avec les bailleurs, en lien avec l'AORIF, d'une enquête sur le vieillissement de la population (cf. *infra* 5.3.1.4.) et mise en place d'outils de programmation, de gestion et de suivi des logements accessibles, adaptés ;
 - communication auprès des bailleurs sur la mobilisation de la déduction du montant des travaux d'accessibilité et d'adaptation des logements sociaux de la cotisation de taxe foncière sur les propriétés bâties ;

- en 2010, 492 logements sociaux ont fait l'objet de travaux pour un montant supérieur à 4 M€.

Un exemple d'amélioration de l'accessibilité des logements sociaux

L'opération réalisée en 2008/2009 par l'Immobilière 3F visant à l'amélioration de l'accessibilité de 258 logements dans l'ensemble immobilier constitué de 7 bâtiments sis 6/8 rue des portes Blanches à Paris 18ème.

Réfection du cheminement extérieur des 7 entrées avec suppression des marches, réfection des halls, remplacement des anciennes portes trop lourdes à manœuvrer par des portes motorisées, installations de bornes éclairage, réfection des espaces verts et des clôtures.

- durée des travaux : 9 mois
- coût des travaux: 500 640 € soit 1955 € par logement.
- déduction de la taxe foncière sur les propriétés bâties d'un montant de 406 379€ correspondant au coût des travaux d'amélioration de l'accessibilité et 94 261€ (369 € par logement) restant à la charge du bailleur : aménagement du jardin, pose de grilles autour du bâtiment.

Logements non accessibles 6/8 rue des portes Blanches avant travaux



MIE 08 juin 2011

Direction du Logement et de l'Habitat / Mission Handicap et Vieillessement 18

Logements accessibles 6/8 rue des Portes Blanches après travaux



MIE 08 juin 2011

Direction du Logement et de l'Habitat / Mission Handicap et Vieillessement 19

c) Parmi les initiatives à développer, la DLH cite :

- l'amélioration des relations entre les bailleurs et les PPE pour une meilleure information tant des personnes âgées sur les travaux d'accessibilité et d'adaptation dans le parc social ou l'action menée par le Pact de Paris que des bailleurs sur les besoins des locataires âgés ;
- le développement de l'utilisation par les bailleurs des services d'ergothérapie pour des aménagements réussis et évolutifs ;
- la formation des conseillers sociaux des bailleurs sur les sujets vieillissement et handicap ;
- l'amélioration du dispositif diagnostic habitat des personnes âgées, notamment par la mise en place d'un suivi.

5.3.1.4. Une prise de conscience récente par les bailleurs sociaux

De cette prise de conscience témoignent d'une part les projections démographiques réalisées par Paris Habitat sur ses locataires, d'autre part l'étude menée sur 1 800 logements sociaux du 12^{ème} arrondissement.

a) Les locataires de Paris Habitat

Plus de 10 % de la population parisienne réside dans du logement social à Paris Habitat dans les 12^{ème}, 14^{ème}, 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements. Cette proportion dépasse même les 20 % dans le 13^{ème} arrondissement.

21 % des habitants du parc social de Paris Habitat ont 60 ans et plus, soit 45 671 personnes, dont 60 % de femmes. 7,6 % des locataires, soit 16 436 personnes, ont 75 ans et plus.

15,4 % des logements sont accessibles, 46,2 % « praticables canne » et 38,4 % inaccessibles au 31/12/2010. Un millier de logements sont adaptés.

En termes d'autonomie et de dépendance, Paris Habitat a estimé, en appliquant le taux de prévalence des GIR 1 à 4, à 3 205 personnes le nombre de personnes potentiellement en perte d'autonomie.

Paris Habitat a effectué une projection du nombre d'habitants du parc social de 60 ans et plus au cours des vingt prochaines années :

- progression continue chez les 70-80 ans et les 90 ans et plus jusqu'en 2024 ;
- d'ici 2019, la part des locataires âgés de 60 ans et plus devrait augmenter de 21,3 %, de 150 % chez les 90 ans et plus ;
- le nombre d'habitants du parc social de 60 ans et plus relevant des GIR 1 à 4 devrait atteindre 4 196 en 2019 (contre 3 205 en 2009).

b) L'étude menée dans le 12^{ème} arrondissement

Cette étude a été engagée par l'AORIF et quatre bailleurs (Antin Résidences, ICF.La Sablière, Immobilière 3F et Paris Habitat - à l'époque OPAC de Paris) en partenariat avec la Ville, dans le cadre du schéma gérontologique départemental. Elle avait pour objectifs :

- d'évaluer les difficultés auxquelles sont confrontés les locataires âgés, et leurs attentes ;
- d'évaluer les capacités d'adaptation du cadre bâti dans une approche prospective à dix ans ;

- de proposer des méthodes et des outils de traçabilité des logements adaptés et d'adaptation des logements, en vue de mieux rapprocher l'offre et la demande.

Cette approche a été expérimentée sur 1 800 logements du 12^{ème} arrondissement sur un patrimoine centré autour du quartier Saint-Eloy.

Dans ces 1 800 logements, 350 ménages sont âgés de 75 ans et plus (soit 20 % des locataires) ; 65 % sont isolés et 35 % vivent en couples, la proportion d'isolés dépassant les 80 % au-delà de 85 ans.

Cette étude a comporté une enquête qualitative menée auprès d'un échantillon représentatif de 91 personnes âgées de 75 ans et plus.

Les thèmes abordés étaient : le profil du ménage et son parcours, leurs conditions de vie actuelles, leurs attentes en termes d'habitat, les pratiques et attentes en termes d'équipements et de services.

90 % des personnes interrogées habitaient le quartier depuis plus de 30 ans et avaient une ancienneté moyenne de 35 ans dans leur logement social.

L'enquête a montré deux grands profils de ménages :

- une majorité de ménages actifs et valides (73 %),
- un groupe plus fragile et dépendant (27 %), d'une moyenne d'âge de 86 ans, moins autonomes et ayant plus de problèmes de santé, ayant un faible niveau de relations sociales, un peu plus insatisfaits de leurs conditions de logement et rencontrant plus de problèmes d'inadéquation de leur logement.

Ce second groupe cumule de nombreux handicaps et facteurs de fragilité et constitue clairement une cible prioritaire en matière d'adaptation du logement et/ou d'accompagnement social.

Les principaux points de dépendance, c'est-à-dire les activités qu'au moins 10 % des personnes ne peuvent accomplir sans aide sont le ménage, les courses, les déplacements extérieurs, la préparation des repas et la toilette.

Un quart des personnes ont des relations familiales très limitées ou inexistantes, 21 % ne sortent jamais ou rarement de leur logement.

Le diagnostic effectué sur le bâti a montré :

- concernant l'accessibilité : 17 % du parc n'est pas accessible, 64 % est accessible « canne » et 23 % accessible aux personnes à mobilité réduite. 44 % des logements sont potentiellement accessibles « tous handicaps ».
- concernant l'adaptation : 28 % des logements sont inadaptés et inadaptables, 52 % présentent un bon potentiel d'adaptation.

Les résultats de la projection démographique à 15 ans :

Les effectifs de la population de 75 ans et plus diminuent jusqu'en 2016-2017 puis se stabilisent, soit au total une érosion de 8% sur la période 2007-2022.

Le groupe de ménages les plus fragiles et dépendants progresse jusqu'en 2013 puis se stabilise. Il représente 29 % des ménages de 75 ans et plus contre 25 % aujourd'hui, soit 5 à 5,5 % de l'ensemble des ménages.

Ces résultats sont liés au vieillissement déjà très marqué de ce quartier, qui atteint un palier au cours des prochaines années.

Le quartier Saint-Eloy est-il l'image du Paris de demain ? Une extrapolation réalisée à l'échelle des 214 000 logements du patrimoine social parisien fait apparaître qu'à terme **5 à 5,5 % des logements sociaux seront occupés par les profils de personnes âgées les plus fragiles et dépendantes, soit 7 000 à 8 000 ménages.**

L'estimation du coût des travaux de mise en accessibilité sur les abords et parties communes fait apparaître un coût de l'ordre de 900 000 €, soit 500 € par logement.

Le coût des travaux d'adaptation est évalué à 850 000 €, dont 500 000 € d'ici 2013, soit un coût de l'ordre de 450 à 500 € par logement.

L'étude évalue donc à 800 à 1 000 € par logement le coût des travaux d'accessibilité et d'adaptation. Le coût global de l'adaptation du patrimoine étudié au vieillissement et au handicap équivaut à plus d'une année de maintenance, remarquent les auteurs de l'étude. Dans la mesure où existe le mécanisme de déduction de la cotisation de taxe foncière sur les propriétés bâties du montant des travaux engagés par les bailleurs sociaux pour améliorer l'adaptation et l'accessibilité des logements, la MIE voit bien la complexité de la programmation à mettre en place, mais souligne la faisabilité financière des travaux.

La DLH mène depuis 2007 une politique active d'incitation des bailleurs sociaux. La MIE recommande la programmation effective de la mise en accessibilité de tous les logements susceptibles de l'être.

5.3.1.5. *Le Réseau Logement Seniors du 3^{ème} arrondissement*

La prise de conscience de l'absence de choix entre l'EHPAD et le logement traditionnel a conduit les élus du 3^{ème} arrondissement à substituer à l'engagement de campagne de réalisation d'une quatrième résidence une innovation maintenant la volonté d'augmenter l'offre d'hébergement mais en diversifiant la palette de la typologie existante : création dans le parc social d'un réseau de logements totalement adaptés aux besoins d'une personne âgée souhaitant continuer à vivre dans un milieu non dévolu uniquement aux seniors.

L'objectif est la création entre 2011 et 2014 d'un réseau de 15 logements adaptés aux seniors avec services médicaux et médico-sociaux, et partenariat avec la régie de quartier Paris Centre pour la question des « petits travaux du quotidien » qu'un senior ne peut effectuer lui-même.

Depuis début 2011, trois ont déjà été réalisés.

5.3.2. **Le logement privé : des aides insuffisantes et complexes, une prise en compte significative par la Ville de Paris**

Il n'existe pas à ce jour de recensement des logements accessibles ou adaptés dans le parc des logements privés à Paris. Ce parc, construit à 63 % avant 1949, dispose de peu de logements adaptés et accessibles et ces caractéristiques ne facilitent pas ce type d'aménagement.

5.3.2.1. *Une action significative de la Ville de Paris*

Alors que 14 % des parisiens sont âgés de plus de 65 ans, et 7,4 % de plus de 75 ans, la Ville de Paris a inscrit l'adaptation des logements au vieillissement et au handicap dans ses priorités d'intervention en matière d'amélioration du parc privé parisien.

Un programme d'intérêt général, dit PIG « Mobilité » a été instauré sur l'ensemble du territoire parisien en août 2007. Ce PIG a été prolongé pour trois ans par arrêté du 24/12/2010. Il permet de

majorer fortement les subventions de l'ANAH pour les travaux d'adaptation. Des travaux d'accessibilité à l'immeuble peuvent aussi être financés au profit du syndicat des copropriétaires.

Toutes les opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH) parisiennes concourent également à l'adaptation des logements au vieillissement et au handicap, cette problématique étant intégrée dans les missions confiées aux opérateurs d'OPAH.

Des aides financières spécifiques de l'ANAH et de la Ville de Paris permettent de subventionner la réalisation de travaux d'adaptation à hauteur de 80 % du montant des travaux subventionnables.

Les aides sont accordées aussi bien aux propriétaires occupants qu'aux locataires ou aux propriétaires bailleurs.

Durant la période 2005-2010, plus de 1 000 logements ont été rendus accessibles, pour un montant de travaux subventionnables de 3 M€ grâce à des subventions de l'ANAH à hauteur de 1,73 M€, avec une forte accélération ces deux dernières années (739 logements).

5.3.2.2. L'action du PACT Paris

Parallèlement, afin d'apporter aux parisiens une information sur les possibilités d'amélioration dans leur logement ou leur immeuble, une convention d'objectifs a été conclue avec le Pact Paris en 2007. Cette convention a été renouvelée pour trois ans en 2011, pour l'attribution d'une subvention annuelle de 1 057 774 €.

Le Pact de Paris est venu présenter la problématique et son action à la MIE.

Le service aux parisiens « en secteur diffus » s'adresse à tous les parisiens quel que soit leur âge, leur statut, leurs difficultés. Il porte sur l'ensemble du territoire parisien hors champs d'intervention publique tels les OPAH, OAHD, OPTAB.

Le mode d'intervention du Pact se décline en trois axes :

- information et conseils : analyse de la demande, information sur les aides possibles en matière d'amélioration et d'adaptation de l'habitat, conseils sur l'anticipation de travaux à réaliser pour permettre un maintien à domicile de bonne qualité ;
- guichet unique des aides financières : élaboration d'un plan de financement adapté à la situation du demandeur et au projet de travaux, instruction des dossiers de financement et transmission aux organismes, préfinancement des subventions à caractère social permettant ainsi de commander les travaux, réception des travaux et règlement direct aux entreprises ;
- assistance technique : visite au domicile d'un technicien, intervention de l'ergothérapeute sur les demandes d'adaptation du logement, information du bénéficiaire sur les risques liés à l'habitat, élaboration du projet, demandes de devis, règlement des factures.

En 2010, le Pact a reçu 5 230 personnes, dont 60 % de personnes âgées. Cet organisme relève que, en cinq ans, la proportion de personnes âgées reçues est passée de 49 à 60 %.

1 173 dossiers ont été achevés en 2010, pour un montant de travaux de 6 M€, soit un montant moyen de 5 248 €.

Le Pact Paris a souhaité souligner les points suivants :

- les principales caractéristiques de ces personnes âgées sont les suivantes : 70 % sont des propriétaires, 60 % sont âgés de 60 à 80 ans, 52 % occupent un logement de deux pièces maximum, 53 % disposent de ressources annuelles inférieures à 10 000 € ;

- les aides apportées concernent les parties communes de l'immeuble comme les parties privatives. Dans ce dernier cas, on note la très forte prépondérance des travaux d'adaptation concernant la salle de bains (suppression de la baignoire, installation d'une douche) ;
- le montant de l'aide aux travaux d'adaptation est inversement proportionnel à la dépendance. La CNAV et les caisses de retraite soutiennent fortement, dans une logique de prévention, les personnes âgées en GIR 5 ou 6. En revanche les personnes classées en GIR 1 à 4 ne bénéficient pas de cette aide ;
- la longueur des délais nécessaires à la réalisation des travaux :
- un taux moyen de financement de 56 %, soit 2 940 € pour un coût moyen de travaux de 5 248 €. Concernant le parc privé, les principaux financeurs sont la CNAV et les caisses de retraite, le CASVP et l'ANAH).
- La multiplicité des barèmes et des destinations des différentes aides, que retrace le tableau de la page suivante :

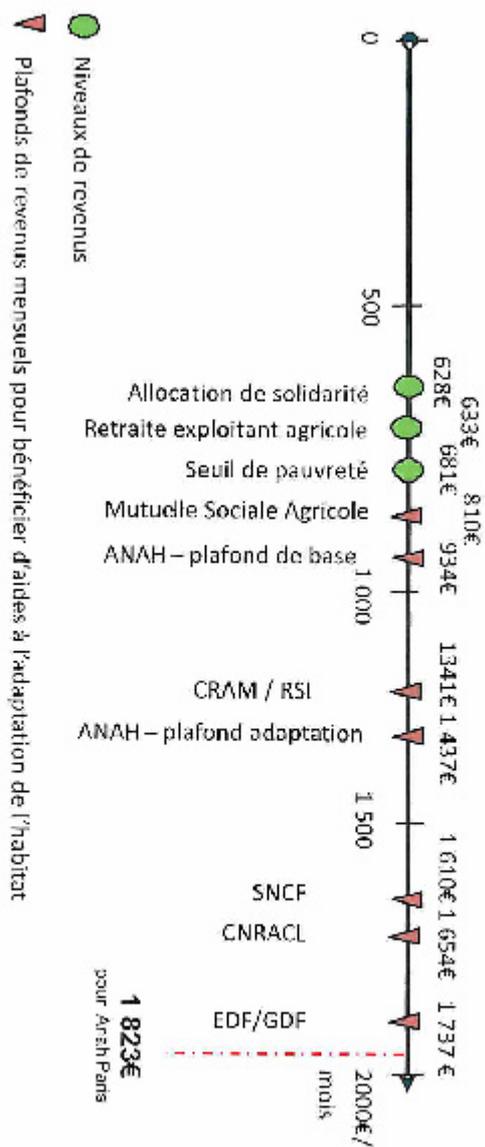
Les critères de recevabilité à une aide pour travaux différents d'un organisme à l'autre (les ressources prises en compte, la composition familiale, le temps de présence dans le logement, le type de projet) compliquent le montage du plan de financement.

Le Pact a souligné que l'aide apportée par le CASVP est la seule aide extralégale qui permet d'apporter une solution « sur mesure ».

Synthèse des financements

| Organismes financeurs | Propriétaire Occupant | | Locataire Parc Privé | | Locataire Parc Social | | Personne isolée | | Famille | | Personne Handicapée | | Personne Agée | |
|---|---|---|---|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|--|--------------------|
| | Parties Communes | Parties Privatives | Parties Communes | Parties Privatives | Parties Communes | Parties Privatives | Parties Communes | Parties Privatives | Parties Communes | Parties Privatives | Parties Communes | Parties Privatives | Parties Communes | Parties Privatives |
| Anah | X 145% Dhuil Resources < 10795€ Dabach-Héroultiers | X 145% Dhuil Resources < 10795€ Dabach-Héroultiers | X 145% Dhuil Resources < 10795€ Dabach-Héroultiers | | X 145% Dhuil Resources < 10795€ Dabach-Héroultiers | | X 145% Dhuil Resources < 10795€ Dabach-Héroultiers | | X 145% Dhuil Resources < 10795€ Dabach-Héroultiers | | X 145% Dhuil Resources < 10795€ Dabach-Héroultiers | | X 145% Dhuil Resources < 10795€ Dabach-Héroultiers | |
| Région Ile de France | X uniquement phob | X uniquement phob | X uniquement M sur adaptation logement | | X uniquement M sur adaptation logement | | X uniquement M sur adaptation logement | | X uniquement M sur adaptation logement | | X uniquement M sur adaptation logement | | X uniquement M sur adaptation logement | |
| M.D.P.H. | NON | X uniquement compensation du handicap avec éligibilité PCH | X uniquement compensation du handicap avec éligibilité PCH | | X uniquement compensation du handicap avec éligibilité PCH et non pris en charge ailleurs | | X uniquement compensation du handicap avec éligibilité PCH et non pris en charge ailleurs | | X uniquement compensation du handicap avec éligibilité PCH et non pris en charge ailleurs | | X uniquement compensation du handicap avec éligibilité PCH et non pris en charge ailleurs | | X uniquement compensation du handicap avec éligibilité PCH et non pris en charge ailleurs | |
| CAF | X si famille | X si famille | X si famille | | X si famille | | X si famille | | X si famille | | X si famille | | X si famille | |
| Caisse de Retraite Principale | X 1/ dégressif/ fonction des ressources mensuelles | X 1/ dégressif/ fonction des ressources mensuelles | X 1/ dégressif/ fonction des ressources mensuelles | | X 1/ dégressif/ fonction des ressources mensuelles | | X 1/ dégressif/ fonction des ressources mensuelles | | X 1/ dégressif/ fonction des ressources mensuelles | | X 1/ dégressif/ fonction des ressources mensuelles | | X 1/ dégressif/ fonction des ressources mensuelles | |
| Caisse de Retraite Complémentaires | X uniquement si aide caisse retraite principale | X uniquement si aide caisse retraite principale | X uniquement si aide caisse retraite principale | | X uniquement si aide caisse retraite principale | | X uniquement si aide caisse retraite principale | | X uniquement si aide caisse retraite principale | | X uniquement si aide caisse retraite principale | | X uniquement si aide caisse retraite principale | |
| Prêts (1% - micro crédit...) | X attention au taux d'intérêt | X attention au taux d'intérêt | X attention au taux d'intérêt | | X attention au taux d'intérêt | | X attention au taux d'intérêt | | X attention au taux d'intérêt | | X attention au taux d'intérêt | | X attention au taux d'intérêt | |
| CASVP | X | X | X | | X | | X | | X | | X | | X | |
| Aides Organismes Caritatifs et Aides Exceptionnelles | X | X | X | | X | | X | | X | | X | | X | |

Barème ressources et plafonds d'aides



La Mission a pris connaissance avec intérêt de la fiche action S1 du Plan stratégique d'action 2011-2014 du CASVP intitulée « réforme du dispositif de l'aide à l'amélioration de l'habitat ». Le CASVP envisage en effet :

- la création d'un service spécialisé centralisé sur l'une des vingt sections d'arrondissement dont le champ d'intervention territorial serait Paris ;

- **l'élargissement du dispositif :**

▫ sur parties privatives : élargir la prise en charge aux travaux d'entretien courant pour les personnes âgées (et les personnes handicapées) occupant leur logement depuis plus de quinze ans ; ouvrir aux propriétaires occupants sans enfants exclus du champ d'intervention de l'aide la prise en charge de travaux de rénovation ou de mise en conformité d'installations vétustes ;

▫ sur parties communes : tout en conservant l'aide existante destinée aux copropriétaires les plus modestes devant faire face, en secteur diffus, à des travaux sur parties communes, renforcer l'aide destinée aux travaux lorsqu'il s'agit d'opérations engagées dans le cadre d'OPAH, PIG développement durable ou d'OPAH thermique des bâtiments en ciblant les publics aux revenus moyens ne pouvant bénéficier des aides l'ANAH. L'aide pourrait être progressive en fonction d'un barème de ressources étendu.

5.3.2.3. Les perspectives pour les années à venir

En janvier 2011, l'ANAH a réformé le régime des aides à l'amélioration de l'habitat, ce qui a entraîné une réduction des taux de subvention pour la réalisation de travaux d'adaptation.

Afin de neutraliser les effets de cette réforme et de poursuivre sa politique incitative en matière d'adaptation du parc privé au vieillissement et au handicap, la Ville de Paris ajoute désormais une aide municipale (à hauteur de 20 % du montant des travaux subventionnables) à l'aide ANAH, ce qui permet de maintenir le taux global de 80 % du montant des travaux subventionnables.

La réglementation de l'ANAH exige désormais cependant la production de justificatifs, comme par exemple l'évaluation de la perte de l'autonomie en GIR, ainsi qu'un document permettant de vérifier l'adéquation du projet aux besoins réels de la personne (rapport d'ergothérapeute).

L'objectif pour la nouvelle délégation de compétence de l'ANAH à la Ville 2011-2016 est de 2 190 logements subventionnés au titre de l'adaptation au vieillissement et au handicap.

5.4. Les « aidants »

« On aura beau faire tout ce que l'on voudra en termes de financement, de services ou de professionnalisation, le rôle des aidants familiaux est irremplaçable. Notre inquiétude, pour l'avenir, vient du nombre de personnes qui ne disposent plus d'entourage aidant⁶¹ ».

L'insuffisance de prise en compte des aidants, la fragilité de leur situation et le fait que les plans d'aide APA ne prévoient qu'exceptionnellement des mesures d'aide aux aidants (principalement par la possibilité de salarier un membre de la famille autre que le conjoint ou le concubin pour la réalisation d'heures de soutien à domicile) ont déjà été évoqués au § 2.2.1.3.

Au chapitre concernant le schéma gérontologique départemental est signalée, dans la partie correspondant au bilan, la création de 174 places de centres d'accueil de jour dans neuf nouveaux établissements et l'autorisation de 177 places dans dix nouveaux projets (3.1.1.).

Le développement des formules de répit est l'un des axes à part entière de préparation du prochain schéma gérontologique départemental (3.1.2.2.)

La présentation détaillée des centres d'accueil de jour et des formules d'hébergement temporaire fait l'objet du § suivant.

⁶¹ Audition de Jean-François Serres, secrétaire général de la fondation Petits Frères des Pauvres 14 juin 2011

Durant le débat sur la dépendance, la question des aidants familiaux a été nourrie par plusieurs travaux : l'Avis du Haut Conseil de la Famille⁶², et surtout le rapport du Centre d'analyse stratégique « Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales »⁶³, dont le très intéressant chapitre 5 « Soutenir les aidants familiaux » met en perspective la situation française au regard des pays de l'OCDE.

L'aide informelle joue en effet un rôle essentiel et difficilement substituable ». Au Royaume Uni, la valeur de l'aide informelle non rémunérée est estimée à 87 Md£ alors que la somme des dépenses publiques dans ce domaine était de 81,67 Md£ la même année.

L'objectif partagé de maintien à domicile le plus longtemps possible repose ainsi implicitement sur l'hypothèse d'une aide informelle toujours disponible.

L'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) montre que, dans la plupart des pays, y compris ceux qui bénéficient de dispositifs de prise en charge structurés, près de 80 % des heures de *care* aux personnes âgées dépendantes sont assurées par des membres de la famille. Les deux tiers de cette aide sont assurés par les femmes et dans la plupart des pays de l'OCDE c'est le groupe des 45 à 64 ans qui compte la plus grande proportion d'aidants informels.

Les enquêtes qualitatives mettent en évidence le contexte de tensions quasi permanent dans lequel cette tâche s'exerce.

L'aidant se trouve pris dans un ensemble de contraintes qui l'obligent à inventer des routines pour l'organisation quotidienne. Or cette dernière est remise en cause régulièrement dans des moments de « crise » (problème de santé, problème familial lié à un décès, etc) : c'est dans ce contexte d'urgence que les décisions les plus importantes sont prises : maintien à domicile ou placement en institution par exemple.

Les impacts sur la vie professionnelle, comme les répercussions sur la santé et le bien-être de l'aidant, sont majeurs.

En France, le terme d'aidant apparaît pour la première fois dans la loi du 11 février 2005 concernant la situation de handicap, qui reconnaît un statut juridique aux aidants familiaux de personnes handicapées. En 2006, un projet de décret prévoit d'étendre ce statut juridique à tous les aidants familiaux, y compris de personnes âgées, mais ce projet demeure sans suite.

A l'inverse, au Royaume Uni, il existe une politique publique structurée de soutien aux aidants, la *National Strategy for Carers*.

Il n'y a pas en France de prestation spécifiquement dédiée à l'aidant familial. La personne âgée bénéficiaire de l'APA peut cependant l'utiliser pour rémunérer un membre de sa famille, à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle elle est liée par un PACS.

De telles prestations existent dans certains pays de l'OCDE. Elles peuvent prendre la forme :

- d'une prestation monétaire dédiée aux aidants familiaux : *Carer's Allowance* au Royaume Uni de 53,9 £ par semaine⁶⁴ ou *Prestacion economica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales* en Espagne (de 390 à 487 € par mois) ;
- d'une prestation monétaire pour les personnes âgées dépendantes qui peut servir à compenser la perte de revenu des aidants : Italie⁶⁵, *Pflegegeld* en Allemagne.

⁶² 16 juin 2011

⁶³ juin 2011

⁶⁴ environ 250 € par mois.

Il existe en France deux types de congés :

- le congé de soutien familial, instauré en 2007, non rémunéré, d'une durée de trois mois renouvelable dans la limite d'un an sur toute la carrière professionnelle, accordé à un proche qui s'occupe d'une personne âgée dépendante en GIR 1 ou 2 ;
- le congé de solidarité familiale, d'une durée de trois mois renouvelable une fois. Il est accordé à toute personne qui interrompt totalement ou partiellement son activité professionnelle pour être présente auprès d'un proche souffrant d'une pathologie mettant en jeu son pronostic vital. Depuis 2010, il donne droit à l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie, fixée à 53,17 € par jour dans la limite de 21 jours.

Le Centre d'analyse stratégique considère que la question des aidants a été largement occultée, et que la dimension conciliation vie professionnelle - vie familiale, habituellement posée sous l'angle de la prise en charge des jeunes enfants, est resté largement ignorée dans sa dimension relative à la prise en charge des aînés dépendants.

Le CAS identifie quatre enjeux majeurs d'une politique d'appui aux aidants des personnes âgées en perte d'autonomie :

- la reconnaissance d'un statut juridique et de droits sociaux ;
- la conciliation de la vie professionnelle et du rôle d'aidant ;
- l'allègement des tâches administratives et domestiques ;
- le développement de structures ou de services permettant des moments de répit et de loisirs.

La Mission ne peut que constater que, avant même que les arbitrages sur la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie aient été repoussés *sine die*, les deux premiers enjeux avaient été écartés des pistes de travail gouvernementales, au nom de l'égalité professionnelle femmes/hommes. « Si l'on rajoute des congés, certains craignent que cela crée finalement une discrimination de plus face à l'emploi, notamment pour les femmes. Finalement, les femmes subiraient d'abord des discriminations lorsque leurs enfants sont jeunes et, lorsque les enfants ne sont plus jeunes, ce sont les parents qui sont vieux et la discrimination se prolongerait tout au long de la vie ⁶⁶».

5.5. Les services concourant au maintien à domicile

5.5.1. Les centres d'accueil de jour

Les centres d'accueil de jour permettent d'accueillir pour une période d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées et vivant à domicile. Il en existe treize à Paris, offrant au total 294 places. L'effort réalisé durant l'actuel schéma départemental gérontologique est à souligner : au 01/07/06, il n'existait que cinq centres offrant 95 places.

Ces centres sont répartis sur onze arrondissements et gérés par neuf associations, l'un d'entre eux par le CASVP.

Neuf arrondissements ne sont pas couverts : l'étiage à atteindre serait de 800 à 900 places.

⁶⁵ Où elle sert fréquemment à rémunérer des femmes immigrées pour s'occuper des personnes âgées.

⁶⁶ Audition Emilie Delpit, directrice de cabinet de la secrétaire d'Etat aux personnes âgées, 13/07/2011

L'accueil de jour est un dispositif de répit qui propose une prise en charge non médicamenteuse. Les membres de la MIE ont eu l'opportunité de visiter le centre Mémoire Plus géré par Isatis dans le 15^{ème} arrondissement.

Les objectifs des centres d'accueil de jour sont :

- retarder la perte d'autonomie liée aux troubles cognitifs et comportementaux par un accompagnement thérapeutique adapté ;
- prévenir la survenue des troubles du comportement en améliorant la qualité de vie relationnelle (la maladie d'Alzheimer isole) ;
- réduire la charge des familles en leur offrant des périodes de pause et de répit, en offrant un lieu d'écoute et d'échange, en suscitant un nouveau regard sur leur proche malade.

Les personnes accueillies sont exclusivement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés, que la maladie soit à un stade débutant ou sévère. Elles sont orientées vers l'accueil de jour par la filière gériatrique, notamment l'hôpital de jour.

Si l'hôpital de jour représente une alternative à l'hospitalisation à temps plein, l'accueil de jour est une alternative à l'entrée en institution.

L'hôpital de jour est cependant une structure sanitaire, prise en charge à 100 % par la sécurité sociale, alors que l'accueil de jour est une structure médico-sociale.

A Paris, les centres d'accueil de jour bénéficient de conditions particulièrement favorables :

- la convention d'aide extra-légale mise en place par le département de Paris qui fixe quatre forfaits pour les usagers, de 17 à 63 € en fonction de leur niveau d'imposition. Ainsi, concernant les deux centres d'accueil de jour gérés par Isatis, les tarifs 2010 étaient les suivants :

| | Montant de l'impôt sur le revenu n - 2 | Prix à la charge de l'utilisateur |
|-----------|--|-----------------------------------|
| Tranche 1 | > 2 028 € | 63,00 € |
| Tranche 2 | De 992 à 2 028 € | 38,62 € |
| Tranche 3 | 351 à 992 € | 27,47 € |
| Tranche 4 | < 351 € | 17,02 € |

En 2010, 53 % des personnes accueillies étaient en tranche 4, le coût de revient étant voisin de 100 €.

- le transport : à Paris les personnes âgées allocataires de l'APA bénéficient du PAM⁶⁷. Par ailleurs la CPAM de Paris accepte de rembourser les frais de transport des assurés du régime général.

Lors de son audition par la MIE, Mme Marie-Laure Martin, directrice de deux centres d'accueil de jour Isatis, a affirmé que « sans ces deux dispositifs, les CAJ ne fonctionneraient pas ⁶⁸ ».

⁶⁷ Pas nécessairement adapté aux niveaux de dépendance élevés

⁶⁸ Audition du 25 mai 2011

5.5.2. L'hébergement temporaire

L'accueil temporaire dispose depuis 2004 d'une base réglementaire. Son objectif est « *d'organiser pour les intéressés des périodes de répit ou de transition entre deux prises en charge* » et/ou d'« *organiser pour l'entourage des périodes de répit* ».

Actuellement 138 places consacrées à l'hébergement temporaire des personnes âgées existent à Paris : 71 sont intégrées au sein d'EHPAD de statuts divers, les 67 autres étant situées dans de petits établissements (associatifs ou CASVP). Ces établissements sont hétérogènes tant au regard de leur organisation qu'au regard du public qu'ils accueillent : en EHPAD, les places « hébergement temporaire » sont souvent disséminées et donc pas clairement identifiées dans le projet d'établissement. En outre, certaines structures n'accueillent que des personnes âgées très peu dépendantes.

Lors de leur création, l'objectif de ces unités était l'accueil, suite à une hospitalisation, de personnes âgées pas encore en mesure de rejoindre leur domicile. Elles jouaient fréquemment un rôle de « sas » avant une entrée en EHPAD.

Aujourd'hui, les hébergements temporaires constituent une des réponses au besoin de répit des aidants familiaux.

Les familles leur reprochent cependant :

- leur coût élevé : de 80 à 125 € par jour alors que les bénéficiaires de ce dispositif continuent parallèlement d'assumer les charges relatives à leur logement dans lequel elles ont vocation à retourner ;
- leur manque de souplesse : dossier à constituer, absence de places disponibles aux dates souhaitées, notamment en cas d'urgence ;
- de confronter la personne âgée à des personnes plus invalides et désorientées qu'elle-même.

De leur côté les établissements pratiquant uniquement des accueils temporaires sont souvent confrontés à des difficultés financières, les taux d'occupation étant très variables au long de l'année.

Une expérimentation a été conduite entre 2008 et 2010, avec le concours du CLEIRPPA et de Géronto-clef, sur la base de six places d'hébergement temporaire en EHPAD dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer accueillies dans certains Centres d'Accueil de Jour (CAJ).

De cette expérimentation est ressorti :

- l'intérêt de développer l'hébergement temporaire dans le cadre de filières d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, sur une base de proximité territoriale ;
- la nécessité que l'accueil temporaire fasse l'objet d'un véritable projet de service au sein de l'EHPAD.

Sur les 23 familles ayant bénéficié du dispositif, 19 s'en sont déclarées satisfaites.

Un questionnaire adressé aux aidants des malades accueillis en CAJ en septembre 2010 a cependant montré qu'ils étaient très peu informés des possibilités d'hébergement temporaire mais seraient intéressés par des informations sur ce dispositif et n'excluaient pas d'y recourir.

La DASES indique dans le cahier des charges relatif au schéma gérontologique parmi ses objectifs ; « de nouvelles formes d'accueil et d'hébergement temporaire pourront être envisagées ».

Ses pistes de travail sont les suivantes :

- faciliter le recours à l'accueil temporaire comme moyen de répit pour les aidants et soutien de la vie à domicile des malades par son organisation sur une base territoriale et un partenariat renforcé entre structures d'hébergement temporaire et centres d'accueil de jour ;
- travailler sur les conditions d'accueil de courte durée, aux procédures allégées, mais dans le respect des droits des malades ;
- faire un état des lieux des coûts pour les usagers et rechercher les moyens de les diminuer.

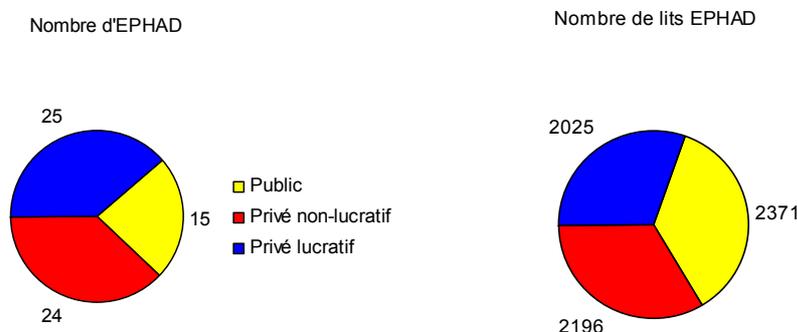
6. L'ACCUEIL EN ETABLISSEMENT

6.1. Typologie des établissements parisiens

6.1.1. Composantes associatives, lucratives et publiques

6.1.1.1. Le statut des établissements forme trois parts à peu près égales auxquelles s'ajoute l'offre hospitalière

Les établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes⁶⁹ se répartissent selon leur statut en trois parts, sensiblement équivalentes : offre privée à but lucratif, offre privée à but non lucratif, gérée par des associations ou des congrégations religieuses, et offre publique dépendant pour la quasi-totalité du Centre d'Action Sociale⁷⁰.



Il convient de prendre en compte également les unités de soin de longue durée (USLD) destinés à l'hébergement de personnes dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante et des traitements prolongés. Pour un total de 3 212 lits en Ile de France et en province, l'APHP dispose de 1 170 lits sur le territoire de Paris, ce qui place de taux d'équipement parisien à moins de la moitié du taux d'équipement national. Entre 2005 et 2010, l'APHP a fermé 770 lits dans une logique d'humanisation et de modernisation, en compensation elle a soutenu la création d'EHPAD, confiés à d'autres structures, par la mise à disposition de terrains et la restitution de crédits.

6.1.1.2. Le conventionnement tripartite

Les établissements médicalisés, autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus doivent être autorisés pour l'ensemble de leur capacité d'hébergement à dispenser des soins. L'autorisation passe par la signature d'une convention tripartite pluriannuelle entre l'établissement, le Conseil Général et l'ARS. En contrepartie, l'EHPAD s'engage à respecter un cahier des charges et une démarche qualité permettant d'accueillir les personnes âgées dans les meilleures conditions.

Quatre thématiques constituent une base de négociation dans le cadre de la convention :

- la qualité de vie au sein de l'établissement : accessibilité, sécurité, hygiène, respect du rythme de vie (repas, repos...) ;

⁶⁹ Dans cette partie sont pris en compte seulement les établissements d'hébergement permanent

⁷⁰ Les graphiques et les cartes relatifs aux établissements parisiens présentés dans cette partie ont été réalisés à partir des données transmises par la DASES

- la personnalisation de la prise en charge : maintien des repères, proposition d'activités adaptées, prise en charge adaptée à l'état de santé de la personne... ;
- la qualité des relations avec les résidents et leurs proches : information, mise en œuvre du conseil d'établissement, livret d'accueil, contrat de séjour, règlement intérieur, participation éventuelle des familles à certaines activités ;
- la qualité des personnels : qualification, programme de formation, développement du soutien psychologique du personnel ; inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

Au-delà de l'engagement qualité, la signature de la convention tripartite implique un système de triple tarification, qui répartit les frais de séjour selon trois volets :

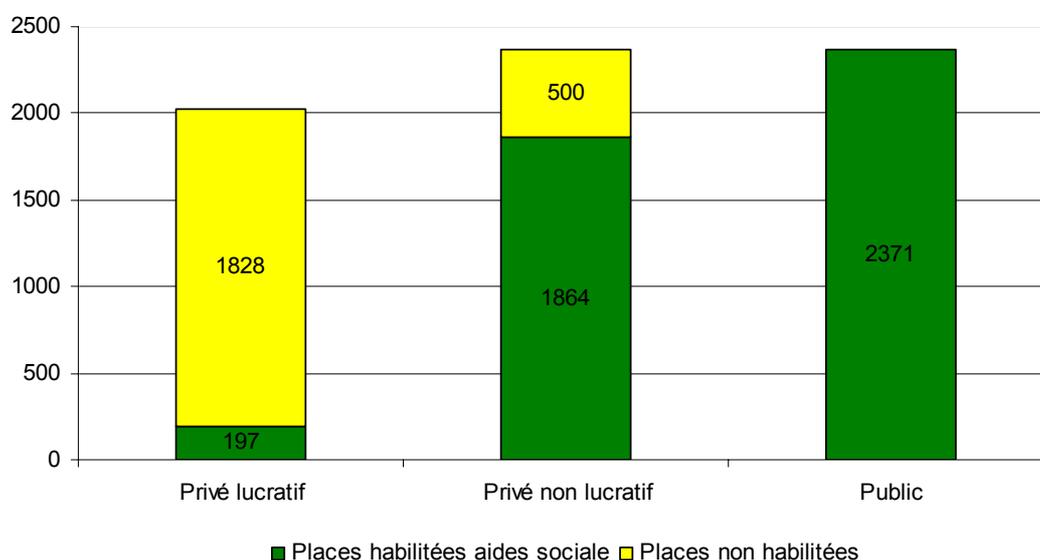
- le volet hébergement dont le coût est à la charge des résidents ;
- le volet dépendance couvert d'une part par l'APA versée par le département et d'autre part, par la partie restée à la charge du résident ;
- le volet soins couvert directement par l'assurance maladie.

6.1.1.3. Habilitation des établissements à l'aide sociale

Les difficultés rencontrées par les résidents en EHPAD ont amené le département de Paris à développer une politique visant à accroître le nombre de places en établissements habilités à l'aide sociale, ce qui permet la prise en charge des frais d'hébergement par le département. Cette habilitation implique la tarification de l'hébergement par le département, elle peut porter sur la totalité des lits de l'établissement ou ne concerner qu'une partie d'entre eux. Un certain nombre d'établissements privés ont accepté cette tarification qui leur permet de toucher un public qui, sans cela, serait insuffisamment solvable.

Parmi les objectifs de son plan d'action 2011/2014, le CASVP a prévu d'améliorer l'effectivité des conventions d'habilitations totales ou partielles à l'aide sociale conclues entre le Département de Paris et des organismes gestionnaires d'EHPAD en expérimentant un droit de présentation à l'admission dans ces établissements au profit de Parisiens aux revenus modestes.

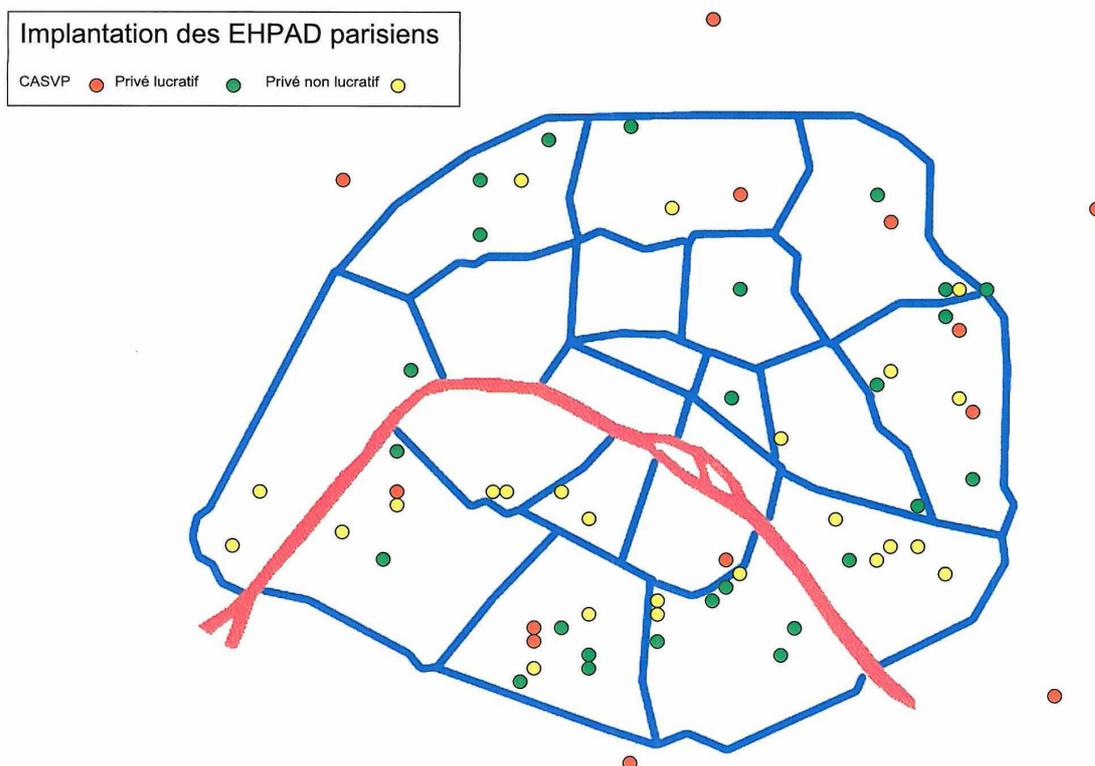
Répartition des places habilitées à l'aide sociale



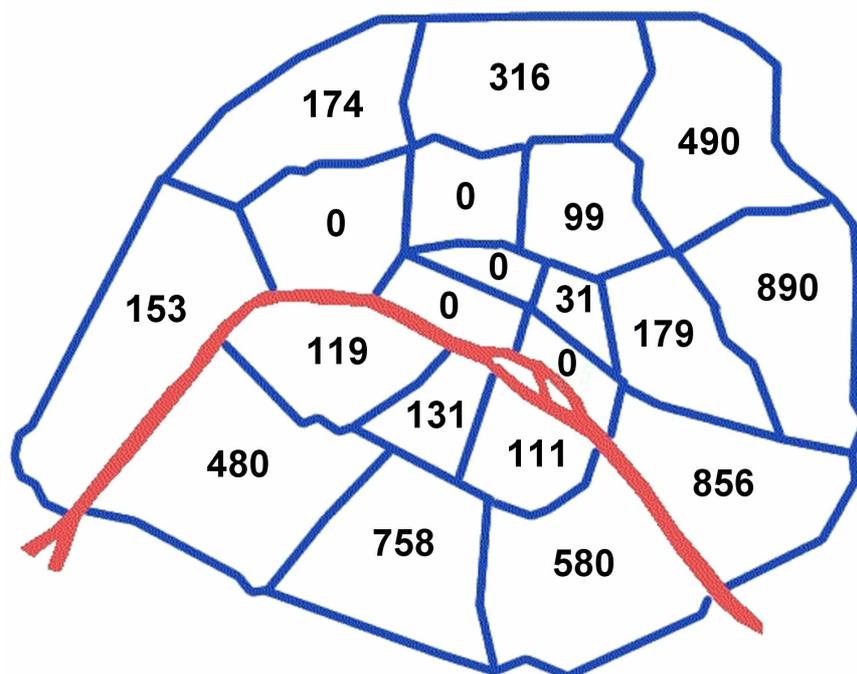
6.1.2. Répartition des établissements parisiens

6.1.2.1. Sur le territoire parisien, concentration sur les arrondissements périphériques, en particulier sur l'arc sud-est

La moitié des établissements situés sur le territoire parisien et près de 60 % des places sont situés dans quatre arrondissements (12^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème} et 20^{ème}). Cette proportion monte aux deux tiers des établissements pour 75 % des places si l'on y ajoute les 15^{ème} et 19^{ème} arrondissements.



Répartition des lits EHPAD par arrondissements

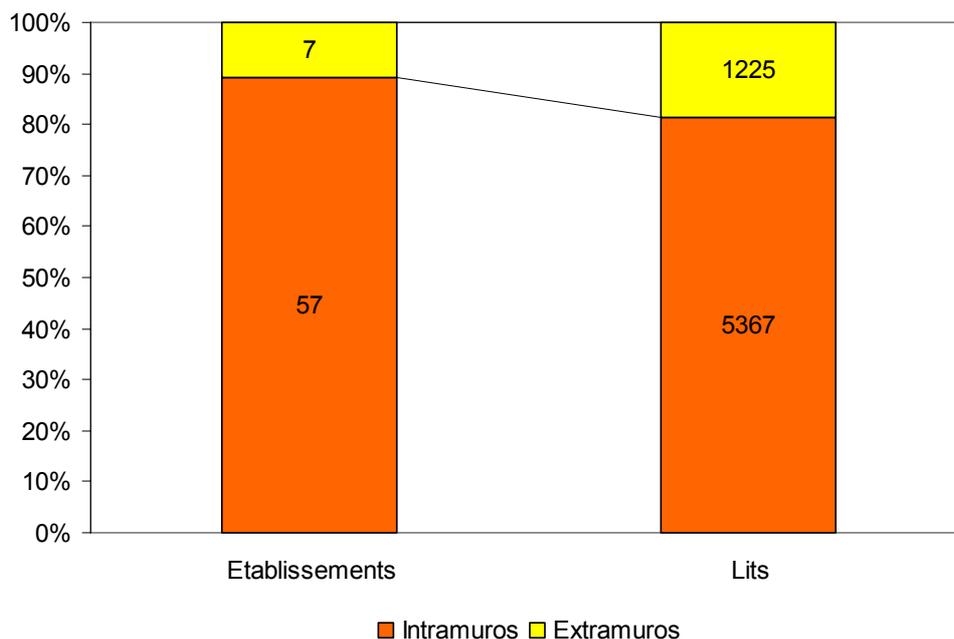


6.1.2.2. *Présence historique des établissements parisiens en petite couronne et en province*

L'offre d'hébergement en EHPAD relevant du département de Paris comporte six établissements en Ile-de-France, le CASVP gère quatre établissements en petite couronne, un dans le Val d'Oise et un dans l'Aisne. Il faut y ajouter l'établissement du Groupe public de santé Perray-Vaucluse situé dans l'Essonne.

Ces établissements ont été construits dans les années 1950/1970. Ils se caractérisent par un taux de remplissage inférieur à ceux des établissements situés intra muros.

Répartition de l'offre d'hébergement en EHPAD relevant du Département de Paris



6.1.2.3. Les autres modes d'hébergement

Les Etablissements d'accueil pour personnes âgées (EHPA) ne sont pas nécessairement soumis à la réglementation des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Celle-ci s'impose en effet aux établissements de plus de trente lits lorsque le GIR moyen pondéré (GMP), qui mesure le degré de dépendance moyen au sein d'un établissement, est supérieur à 300.

A mi-chemin entre le maintien à domicile et l'EHPAD, les **résidences services** ne sont pas destinées à accueillir des personnes en grande perte d'autonomie, toutefois elles offrent des prestations de surveillance, restauration, soins infirmiers ou petits travaux, qui permettent à des personnes souffrant d'incapacités limitées de vivre de manière relativement autonome dans un logement qui leur est personnel.

La dénomination s'applique primitivement aux copropriétés et résidences locatives définies par l'article 41-1 de la loi n°65-557 du 10 juillet 1965, fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, qui définit les conditions dans lesquels un syndicat de copropriétaires peut étendre son objet à syndicat de copropriétaires à la fourniture, aux occupants de l'immeuble, de services spécifiques, notamment de restauration, de surveillance, d'aide ou de loisirs. Ces logements sont des domiciles privés et leurs occupants peuvent recourir aux services de maintien à domicile. Les résidences de ce type plus spécifiquement destinées au seniors sont peu nombreuses à Paris où l'on en compte moins d'une quinzaine.

Le CASVP utilise cette appellation pour désigner des établissements relevant du statut EHPA.

Les résidences-services sous statut EHPA doivent maintenir un GMP inférieur à 300 et ne pas accueillir plus de 10 % de personnes relevant des GIR 1 et 2. A titre de comparaison, les résidences gérées par le CASVP avaient en 2009 un GMP de 163 et 90 % des EHPAD ont un GMP situé entre 600 et 800.

Des établissements plus spécifiquement destinés à des personnes relevant des GIR 3 à 5 et visant un GMP proche de 300 peuvent offrir une alternative à l'entrée en EHPAD pour des coûts

d'investissement et de fonctionnement moins élevés en raison de contraintes normatives plus faibles en matière d'espace collectifs, d'équipements de sécurité et d'encadrement.

Les **petites unités de vie** (PUV), qui se limitent à moins de 25 résidents et sortent ainsi de la réglementation EHPAD, apparaissent comme une réponse possible à la rareté du foncier et à l'inflation des coûts tout en ouvrant la possibilité d'un accueil plus familial. En outre, ils peuvent offrir une adaptation à des publics spécifiques qui ne pourraient pas entrer dans des établissements classiques pour des raisons diverses (troubles psychiatriques, publics marginalisés...).

Installées dans un immeuble collectif sur un étage ou dans un petit bâtiment, elles offrent les conditions normales d'hébergement médicalisé. Il en existe trois dans Paris dont l'une est destinée à des accueils temporaires limités à trois mois.

Les PUV doivent malgré tout répondre à de fortes exigences de conception dans la mesure où elles accueillent des personnes dépendantes. L'enjeu de la maîtrise des coûts et du respect des normes reste actuellement une contrainte forte pour laquelle la réflexion se poursuit.

La DASES, considérant le développement des PUV comme un enjeu majeur du Schéma gérontologique, a entrepris de réunir un groupe de travail regroupant les différents acteurs du secteur afin d'établir les bases d'un consensus sur les PUV tant en ce qui concerne la détermination des normes leur étant applicables que sur la définition des conditions de leur efficacité médico-sociale et financière.

Ce travail a permis de définir un cahier des charges qui préconise :

- l'application des normes de sécurité incendie applicables aux EHPAD ;
- des formes architecturales proches du domicile privilégiant une atmosphère « familiale », mais préservant la bonne qualité de la prise en charge médicale pour les personnes les plus dépendantes en se conformant au guide de la bientraitance architecturale du Département de Paris ;
- une taille minimale de 20 places permettant un étalement suffisant des coûts fixes ;
- de disposer de personnel diplômé, dont la qualification corresponde au profil des personnes accueillies, qu'il s'agisse de personnel de formation médicale, paramédicale ou sociale, et d'une garde de nuit qualifiée ;
- de mutualiser le personnel administratif et les négociations avec les fournisseurs et prestataires de service avec d'autres établissements ;
- de développer un projet d'établissement visant à permettre une prise en charge de proximité dans des établissements de petites tailles et/ou permettre la prise en charge de publics spécifiques qui pour diverses raisons ne peuvent accéder à des EHPAD ;
- d'intégrer la structure dans le réseau gérontologique local et de créer des liens avec les Points Paris Emeraude (PPE) ;
- de mettre en place des partenariats avec les hôpitaux, les Services de soins infirmier à domicile et les médecins libéraux.

D'autres formules de nature plus expérimentale sont envisageables. On peut citer à titre d'exemple l'**accueil familial** : la procédure d'agrément des accueillants familiaux pour les personnes âgées a été votée par le Conseil de Paris au mois de février 2007. Cela a permis aux services de la DASES de délivrer un premier agrément cette même année.

6.2. Difficultés de prise en charge dans les EPHAD parisiens

6.2.1. Taux d'équipement

6.2.1.1. Un retard non rattrapable

Paris se caractérise par un taux de places d'EHPAD pour mille habitants de 75 ans et plus très inférieur aux moyennes nationale et régionale. Ainsi, le taux d'équipement parisien est aujourd'hui d'environ 40 % contre 81 % en Ile-de-France et près de 100 % en France. Cette situation est principalement due aux problématiques spécifiques à Paris, partagée d'ailleurs par la petite couronne, en matière de rareté et de coût du foncier.

Cela explique les objectifs volontaires du schéma gérontologique en matière de création d'établissements, soit 2 200 places nouvelles entre 2006 et 2011. Il serait toutefois illusoire de chercher à rattraper les taux d'équipement national ou régional. Toutefois une réflexion doit avoir lieu dans le cadre de Paris Métropole qui ne pourra faire l'économie de propositions concrètes sur ce sujet.

L'ARS a fait à cet égard un calcul intéressant : pour atteindre le taux d'équipement de 2008 en Ile-de-France, soit 81,58 %, il faudrait créer à Paris 7 034 lits supplémentaires, soit plus que doubler les capacités actuelles.

Pour atteindre le taux d'équipement national 2008 soit 97,7 %, il faudrait en créer 9 750. En retenant l'hypothèse, très restrictive, de 1000 m² au sol pour un établissement sur 4 étages, la surface nécessaire pour atteindre ce niveau serait de 975 hectares, ce qui représente 9,25 % du territoire parisien, sachant que la surface de Paris est de 10 540 hectares.

6.2.1.2. Modernisation et création de lits

La dernière décennie a été marquée par une évolution significative de l'offre d'hébergement en EHPAD à Paris. Elle s'est tout d'abord traduite par un effort très important de modernisation des établissements existants, en particulier ceux du CASVP, qui a pu entraîner, ça et là, une réduction du nombre de lits en raison de la généralisation de l'accueil en chambre individuelle.

Objectifs de création de places d'EHPAD dans le schéma gérontologique départemental 2006-2011

| Objectifs Schéma gérontologique | Etablissements créés | Places créées | Dont Habilitées à l'aide sociale | Total places en mars 2011 | Places en cours de création |
|---------------------------------------|-------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 2 200 | 9 | 578 | 342 | 6 592 | 1 478 |

Les EHPAD du CASVP offrent des prestations de confort très hétérogènes selon les établissements, en raison de configurations architecturales très diverses.

C'est pour cela que le CASVP s'est engagé depuis quelques années dans des opérations de restructuration d'envergure afin d'offrir aux résidents un lieu de vie aux normes de confort actuelles. L'EHPAD Alquier-Debrousse dans le XX^e arrondissement vient de procéder à la restructuration de ses trois pavillons en 303 chambres individuelles et 4 doubles (l'ensemble est doté de douches individuelles) contre 245 individuelles et 102 doubles, avec douches collectives.

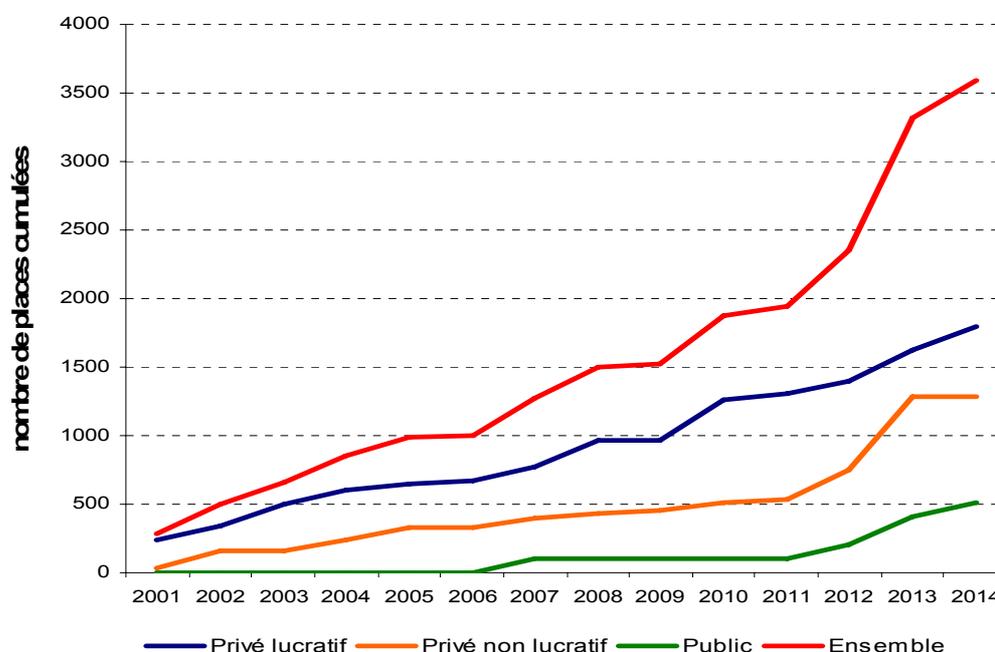
Quatre projets de restructuration et de réaménagement vont être lancés en 2011 pour un achèvement des travaux en 2013-2014. Il s'agit des EHPAD Anselme Payen (15ème ardt), Harmonie, à Boissy-Saint-Léger (94), Cousin de Méricourt, à Cachan (94), et Arthur Groussier, à Bondy (93).

L'EHPAD François 1° situé à Villers-Cotterets (Aisne) et dédié à l'accueil d'ex-SDF de la région parisienne fera quant à lui l'objet d'une reconstruction sur un terrain proche de l'établissement actuel pour une ouverture en 2013.

Le CASVP a par ailleurs en projet la création de trois nouveaux EHPAD intra muros, Rungis (100 places), Broussais (112 places) et Lourmel (101 places). Ces établissements devront ouvrir entre 2012 et 2014.

L'offre privée a par ailleurs évolué de façon très dynamique au cours de la dernière décennie. Il apparaît que les projets privés, en particulier dans le secteur lucratif, arrivent plus rapidement à leur terme ce qui peut être relié à des procédures de financement plus souples.

Ouverture de places en EHPAD à Paris



6.2.1.3. Evolution des procédures

La loi HPST a modifié en 2008 les procédures d'autorisation applicables aux établissements médico-sociaux. Auparavant les porteurs de projets déposaient spontanément leurs demandes qui étaient ensuite soumises à l'avis du Comité régional de l'organisation sanitaire et médico-sociale (CROSMS) avant décision de l'autorité compétente (préfet et président du conseil général) ; en l'absence de financement disponible, un projet pouvait rester en attente pendant trois ans, constituant ainsi un stock de réalisations potentielles.

La nouvelle procédure renverse le mécanisme déclencheur tout en créant un cadre destiné à assurer la transparence et l'égalité de traitement entre les soumissionnaires. L'autorité compétente (désormais le directeur de l'ARS conjointement avec le président du conseil général) publie un appel à projet lorsque les financements sont disponibles.

Les candidatures sont reçues et examinées selon des modalités précises et la décision est prise après avis d'une commission de sélection dans laquelle siègent des représentants des autorités

administratives, des représentants des usagers, des professionnels et des experts associatifs. Les projets présentés sont analysés puis classés et inscrits sur une liste qui vaut avis de la commission.

Si cette nouvelle procédure devrait permettre une meilleure adéquation des projets aux besoins et aux moyens déterminés par les personnes publiques, elle a donné lieu à l'expression d'une certaine inquiétude de la part des associations qui ont pour vocation de développer des structures d'accueil et de service médico-sociales. Elle craignent en effet que la lourdeur des procédures et la nécessité de se conformer à un cahier des charges contraignant privilégient les structures qui disposeront de ressources suffisantes pour répondre simultanément à de nombreux appels à projets, afin d'augmenter leurs chances d'être retenues sur un seul. Elles craignent également que la précision des règles procédurales n'entraîne un risque contentieux accru favorisant également les candidats qui disposeront des conseils juridiques et des ressources financières pour y faire face.

Enfin, bien que la loi prévoit que les appels à projets puissent être l'expression de modes innovants ou expérimentaux d'accompagnement social ou médico-social et des vecteurs d'adaptation et de transformation de l'offre, le monde associatif estime que sa capacité d'initiative et d'expérimentation, générée par la prise en main de problématiques portées en son sein par les personnes directement concernées, sera limitée par la nouvelle procédure.

M. David Viaud⁷¹ (FEHAP) a exprimé ces craintes de la manière suivante : « Depuis les années soixante-dix, nous avons constaté dans notre secteur à but non lucratif l'émergence de projets assez novateurs, mis en œuvre par de petites équipes locales. Ces associations, qui gèrent un voire deux établissements, aujourd'hui, n'ont plus les moyens de répondre aux appels à projets, c'est extrêmement lourd.

De plus, précédemment, ces équipes montaient un projet, il était partagé avec les autorités de tutelle, on le défendait devant le CROSMS et on avait l'autorisation et les financements.

Maintenant, chaque fois qu'on déposera un dossier, on sera 20 ou 30. Les autorités de tutelle retiendront vraisemblablement des projets bien cadrés, bien carrés, qui entreront dans une logique de convergence budgétaire. Cela laisse peu de places à ces équipes qui vont pouvoir construire un projet par an ou un tous les deux ans, en fonction, comme le disait M. AUDOUIN, du temps disponible restant pour s'investir sur ces questions. »

On peut y opposer que l'appel à projet est aussi un outil permettant précisément à inciter les acteurs à se coordonner, voire se regrouper, en privilégiant les logiques de partenariat et l'émergence d'opérateurs de taille critique, notamment dans le secteur associatif, pour porter des projets plus complexes ou coûteux et comprenant une forte dimension de décloisonnement entre les filières.

6.2.2. Les frais de séjour en établissement

6.2.2.1. Des coûts plus élevés que dans les autres départements

Plusieurs éléments expliquent que les coûts à la charge des résidents en EHPAD sont plus élevés en Ile de France que sur le reste du territoire français, et plus élevés à Paris que dans les autres départements d'Ile-de-France, en particulier la part du foncier, qui rentre pour environ 15 % dans le coût d'hébergement, et le coût du personnel qualifié plus élevé qu'en province.

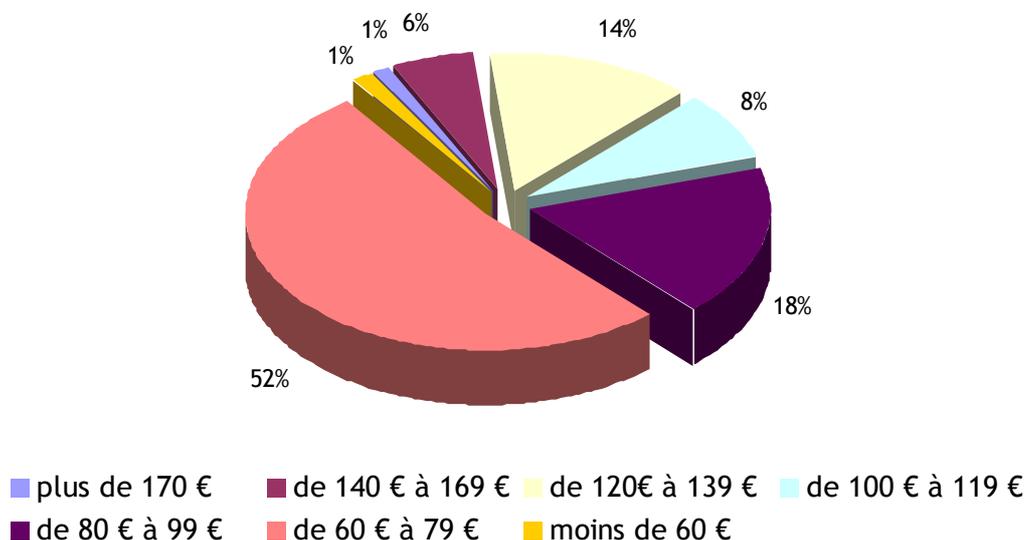
En partant des prix de journée annoncés par les établissements (prix le plus bas lorsqu'il arrive que le tarif varie en fonction de la surface ou l'orientation de la chambre) il est possible d'établir une répartition de l'offre allant de 60 € par jour à plus de 170 €. A ces tarifs d'hébergement il faut

⁷¹ Audition de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, FEHAP : M. David VIAUD, directeur général de la fondation hospitalière Sainte-Marie et de M. Antoine AUDOUIN, chargé de mission Ile-de-France et Antilles, 18/05/2011

cependant rajouter le tarif dépendance qui varie en fonction des revenus du résident et de son classement dans la grille AGGIR, ces tarifs étant malgré tout beaucoup plus homogènes d'un établissement à l'autre. Par ailleurs, le résident peut avoir à acquitter des suppléments correspondant à des prestations complémentaires comme cela sera précisé plus loin.

Sur cette base on peut estimer que le prix de séjour à Paris s'échelonne entre 2 000 € et 7 000 € par mois, la moitié environ se situant en dessous de 3 000 € (offre publique et privée non lucrative)⁷².

répartition des lits d'EHPAD selon les coûts d'hébergement
Etablissements 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.



6.2.2.2. La réalité des coûts mis à la charge des résidents

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur l'état des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (août 2009) a tenté de cerner le coût total réel d'hébergement en EHPAD. Quatre constats sont mis en avant :

1) Au-delà des tarifs évoqués dans la précédente sous-partie, trois catégories de frais peuvent incomber aux résidents :

- des dépenses liées aux soins. Lorsque la personne consulte un médecin, elle en acquitte la consultation. Le plus souvent il y a une prise en charge à 100 %, néanmoins, si par hasard on a

⁷² Les tarifs hébergements utilisés pour ce constat proviennent soit de la DASES (établissements habilités à l'aide sociale), soit des informations publiques disponibles sur Internet, soit de contacts directs avec les établissements.

besoin d'avoir recours à un praticien du secteur 2 les règles normales s'appliquent, comme pour tout ce qui est des médicaments de confort, non pris en charge par l'assurance-maladie, et pour ce qui est du financement de la mutuelle. Très souvent, il y a entre 60 et 80 euros par mois à déboursier au titre de la mutuelle ;

- des dépenses liées à l'hygiène et aux soins corporels (la coiffure, l'entretien des pieds, les produits de toilette, l'entretien du linge, le marquage du linge, le renouvellement du trousseau, etc.) ;
- des dépenses liées à l'ouverture sur l'extérieur, à savoir le téléphone, la télévision, les repas des personnes qui viennent visiter les personnes âgées et qui souhaitent prendre un repas avec elles ou encore les sorties ;
- des dépenses de consommation non indispensables, liées aux revenus et qui sont le libre choix de la personne.

Le rapport a ainsi établi que, si l'on prend le point de vue des personnes (ou de leur entourage), le coût moyen d'hébergement de 1 500 € (moyenne nationale et non pas parisienne) auquel il est fréquemment fait référence, ne peut se trouver que dans des cas très rares, dans lesquels la personne âgée est dans un établissement où les dépenses touchant à l'amortissement de l'immobilier n'impactent pas le tarif hébergement ; où, de plus, les prestations sont assurées au plus juste et où la personne, par elle-même, a des consommations extrêmement minimales, par exemple en ce qui concerne l'hygiène ou les soins corporels évoqués précédemment.

Pour un établissement qui se situerait en province, pour une personne qui, sans avoir des consommations luxueuses, vivrait un peu plus à l'image de ce qu'est la vie générale aujourd'hui, on serait plus proche de 2 900 euros, qui n'est pas le prix maximum.

2) Le rapport met en avant le fait que la dépense doit s'estimer sur la durée totale du séjour, alors qu'il est fréquent que celle-ci atteigne ou dépasse trois ans. La référence à une durée moyenne n'a ici pas de sens car le financement du séjour repose fréquemment sur l'épargne de la personne ou sur la valeur d'un bien immobilier et non pas sur ses seuls revenus.

3) Il existe des dispositifs atténuateurs, par rapport aux dépenses évoquées : l'aide sociale à l'hébergement (ASH), les aides au logement et les aides fiscales. La mise en œuvre de ces aides aboutit à ce que deux catégories soient finalement moins atteintes par la problématique du financement de leur séjour, d'une part, des personnes très pauvres, sans enfants ou dont les enfants sont eux-mêmes très pauvres, auquel cas il y a une socialisation et une prise en charge très importantes. D'autre part, à l'autre extrémité, on trouve toutes les personnes pour lesquelles les charges sont inférieures aux ressources dont elles disposent et ne rencontrent pas de problème de financement.

4) Il y a une méconnaissance de la plupart de ces mécanismes et les familles n'ont pas en général de réelle liberté de choix de l'établissement soit en raison de l'urgence de la décision, soit en raison de la contrainte liée à l'implantation géographique des établissements.

Le rapport met également en avant le caractère aléatoire des tarifs qui ne reflètent pas la qualité de l'hébergement et des prestations fournies, ce en grande partie en raison de l'importance des coûts immobiliers et des normes imposées aux établissements qui sont répercutées dans les tarifs hébergement.

6.2.2.3. *Recours à l'aide sociale*

L'aide sociale à l'hébergement permet de couvrir une partie des frais d'hébergement liés à l'accueil dans différents types de structures : foyers logement, maisons de retraite, unités de soins de longue durée. Elle est accordée selon certaines conditions d'âge, de résidence et de ressources et ne peut intervenir que si l'établissement est agréé à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Le

département de prise en charge étant celui du dernier domicile avant l'entrée en établissement, ce dernier peut être situé à Paris, en banlieue ou en province (cf. annexe 5).

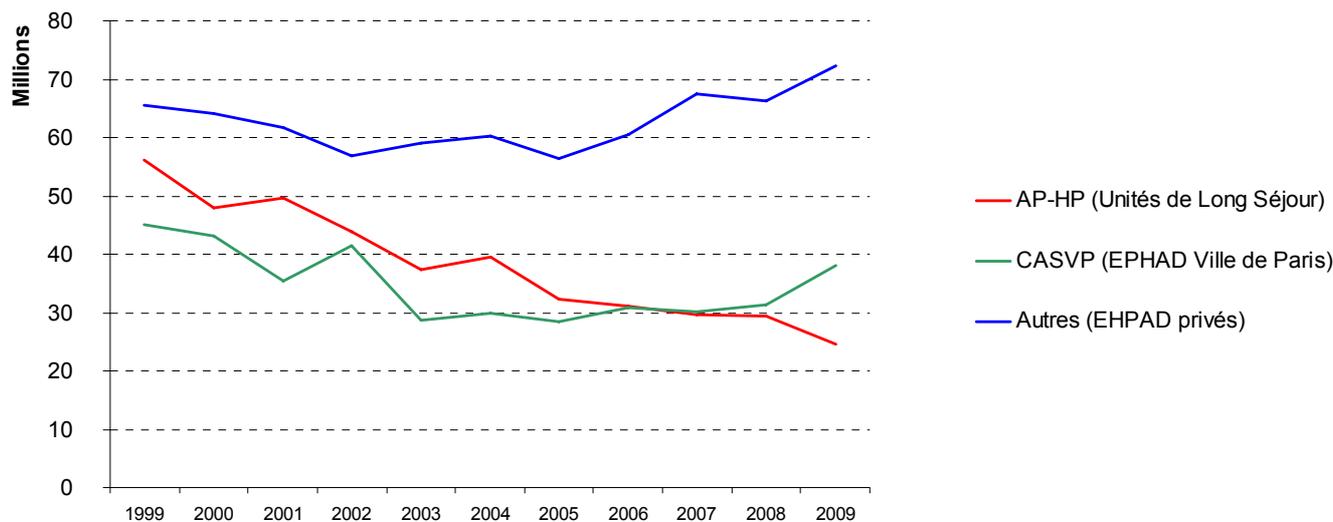
Les ressources du bénéficiaire, augmentées éventuellement de la contribution de ses obligés alimentaires doivent être inférieures au coût du tarif d'hébergement de l'établissement.

Les ressources du bénéficiaire sont prélevées à hauteur de 90 %. Un minimum d'argent de poche légal mensuel, correspondant à 1 % du montant annuel du minimum vieillesse, augmenté pour les allocataires relevant du département de Paris d'un montant mensuel d'argent de poche extra-légal de 6,10 euros, est laissé à sa disposition, quel que soit le montant de ses revenus.

Les enfants et petits-enfants sont tenus de participer au titre de leur obligation alimentaire. Leur contribution est fixée en fonction de leurs revenus et de la composition de leur foyer.

Si le bénéficiaire est propriétaire d'un bien immobilier dont la valeur est supérieure à 38 112,25 €, une hypothèque peut être inscrite sur ce bien. Après décès du bénéficiaire, les sommes avancées par l'aide sociale pour son hébergement en établissement peuvent être récupérées sur sa succession, sans aucun seuil de récupération et dans la limite du montant de l'actif net successoral. Une récupération peut également être exercée à l'encontre de la personne à laquelle le bénéficiaire a consenti une donation ou un legs.

Frais d'hébergements pris en charge par l'aide sociale

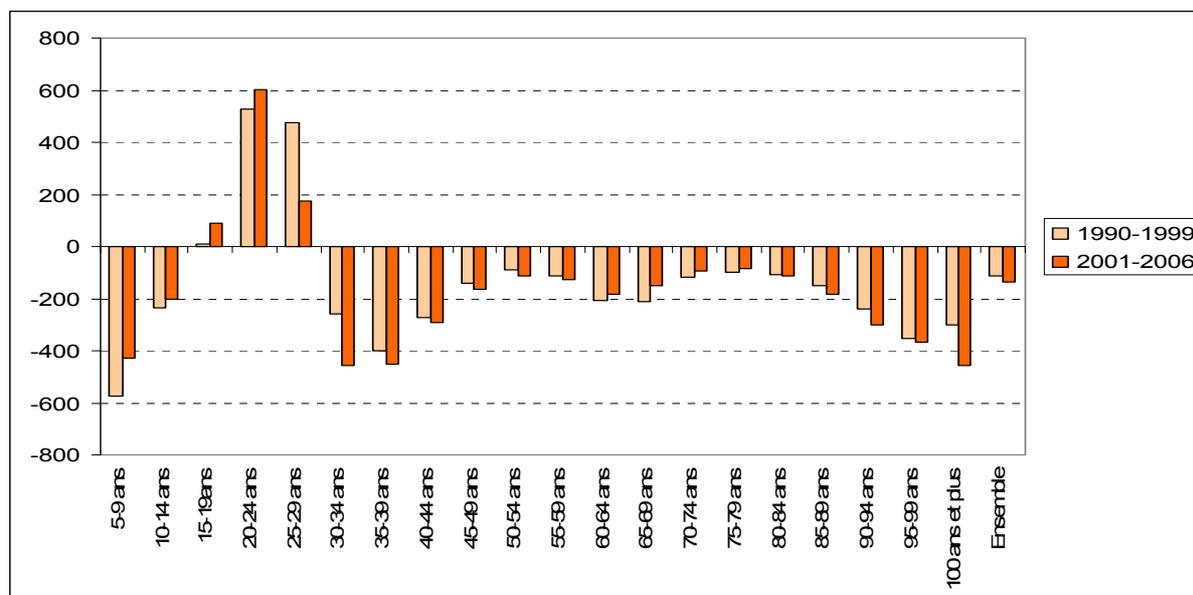


6.2.3. Mobilité des seniors et choix d'un établissement

6.2.3.1. Départs significatifs à l'âge de la retraite et à l'entrée dans le grand âge

Les projections démographiques à Paris sont compliquées par le fait qu'une proportion importante de ses habitants se renouvelle régulièrement avec des mouvements migratoires significatifs d'arrivées à l'entrée de l'âge adulte et de départs à différents âges charnières : âge de l'élargissement de la famille, âge du départ à la retraite et entrée dans le grand âge. Ces mouvements sont principalement dus aux problématiques de l'emploi et du logement : arrivées liées aux études ou au recrutement, départs liés à la recherche d'un logement plus vaste, moins coûteux ou plus adapté à la retraite.

Taux de migration nette par âge. Source APUR, données INSEE recensements 1999 et 2006



On constate que les départs ont tendance à se faire plus nombreux après 85 ans, c'est-à-dire à l'âge où s'installent les limitations à l'autonomie. Une partie de l'explication se trouve sans doute dans la nécessité de rejoindre la famille résidant en banlieue ou en province, une autre partie doit être recherchée dans les motivations du choix d'un établissement d'hébergement.

6.2.3.2. Choix de localisation à l'entrée en EHPAD

Constatant que 68 % des parisiens en EHPAD bénéficiaires de l'APA versée par le département sont accueillis dans des établissements relevant d'autres départements, la DASES a procédé en 2010 à une enquête sur leurs motivations de départ.

Il en ressort que le choix d'un EHPAD résulte clairement d'un arbitrage intrafamilial complexe entre différentes options difficiles à appréhender. Toutefois, le contexte d'urgence joue dans 71 % des cas, lié en particulier à une fin d'hospitalisation ou à une dégradation rapide de l'état de la personne à domicile (chutes répétées, pertes de repères...).

Le souci de vivre à proximité des proches apparaît le motif prépondérant dans le choix de l'établissement ; l'étude révèle que 77 % des personnes hébergées en province le sont dans le département de résidence du référent ou dans un département limitrophe. La demande non satisfaite dans Paris, faute de place disponible, apparaît dans 25 % des cas. La question du coût de l'hébergement dans Paris est aussi clairement posée (12 % des réponses).

Une analyse plus poussée des situations des interrogés laisse cependant apparaître que le choix d'un établissement d'hébergement en province résulte le plus souvent d'une volonté délibérée de la part de la famille ou des bénéficiaires, alors que le placement dans un établissement de la région parisienne semble fréquemment traduire un choix contraint par les conditions de l'offre.

6.2.3.3. Le recours à l'hébergement dans l'urgence

La recherche d'un établissement dans l'urgence reste une démarche très aléatoire. Les listes d'attente, qui sont gérées par chacun des établissements, sont en général importantes sur Paris (un établissement du 14^{ème} arrondissement aurait 450 demandes enregistrées⁷³). Même si les délais peuvent ne pas être très longs pour les personnes qui obtiennent une place, apparemment de six à douze mois en moyenne, il est rare que cela corresponde aux conditions dans lesquelles les personnes

⁷³ Audition de M. David Viaud, directeur général de la Fondation hospitalière Sainte-Marie 18 mai 2011.

âgées ou leurs familles se trouvent lorsqu'elle sont dans la nécessité de trouver un hébergement médicalisé.

On trouve cependant des places disponibles à tout moment, soit dans les établissements les plus coûteux, soit dans les établissements gérés par le CASVP les plus éloignés du territoire parisien. Ce choix est parfois fait dans une perspective provisoire, mais il s'avère que changer d'établissement une personne dépendante est une décision difficile et que des conditions plus proches des attentes d'origine sont rarement réunies.

La décision d'intégrer une maison de retraite exige de plus une très grande réactivité car les établissements souhaitent conserver un taux d'occupation maximal et ne laissent en général que quelques jours pour accepter l'offre d'hébergement. Les familles ne disposent dans ce délai que de peu de moyens pour comprendre la nature des charges pour lesquelles elles s'engagent et la comparaison des tarifs s'avère extrêmement compliquée car très peu d'établissements donnent une information publique et claire sur les prix qu'ils pratiquent. Par ailleurs, l'évaluation de la qualité des établissements est également difficile faute d'éléments de comparaison, les palmarès et classements publiés par la presse se révèlent parfois contradictoires à ce sujet et ne concernent jamais qu'un petit nombre d'établissements.

7. CITOYENNETE, PRECARITE ET MALTRAITANCE

7.1. Donner aux seniors toute leur place dans la vie de la cité

7.1.1. Prévention et soutien de la citoyenneté des seniors sont des objectifs complémentaires

7.1.1.1. *La politique de prévention de la perte d'autonomie dans la ville doit être conçue sur un mode transversal*

L'Organisation Mondiale de la Santé préconise une approche globale de la prise en compte des conséquences du vieillissement sur la santé ; cette vision a été exprimée lors de son audition par le Pr. Alain Franco, qui est, depuis 2009, Secrétaire général et Vice-président de l'Association Internationale de Gériatrie et Gérontologie (IAGG). L'OMS synthétise son approche par l'expression « vieillir en restant actif » qui recouvre l'idée que l'accroissement mondial du nombre de personnes âgées doit s'accompagner de politiques visant à favoriser leur vieillissement en bonne santé, leur participation à la vie sociale et leur sécurité. Elle a été développée dans le plan des Nations Unies sur le vieillissement adopté en 2002.

En 2005, lors du XVIII^e congrès de l'IAGG, a été proposée l'idée de promouvoir la vision du vieillissement actif à travers l'engagement de villes regroupées autour d'une vision commune de la prise en compte de la contribution des seniors à la vie de la cité. L'OMS a alors concrétisé cette proposition sous la forme du réseau « Villes-amies des aînés » dont le programme d'action a été développé à travers un programme de recherche qui a bénéficié de la participation de 33 villes réparties sur tous les continents. En France, Lille, Dijon et Lyon font déjà partie du réseau, Rennes a prévu de le rejoindre en 2014.

Le Conseil des ministres de l'UE a, dans la même logique, adopté le 19 juillet 2011 la décision désignant 2012 comme l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle. L'initiative s'inscrit dans le cadre du 10^e anniversaire du Plan d'action des Nations unies sur le vieillissement. Elle encourage les décideurs politiques et les parties prenantes à tous les échelons à promouvoir le vieillissement actif, notamment par l'organisation de campagnes de sensibilisation. Le vieillissement actif consiste à optimiser les opportunités en matière de santé, de participation et de sécurité afin d'améliorer la qualité de vie des personnes qui avancent en âge. La décision, telle que négociée avec le Parlement européen, prévoit une enveloppe financière d'au moins 5 millions d'euros pour mettre en œuvre l'Année européenne.

7.1.1.2. *Inciter les seniors à participer aux processus d'adaptation de la ville aux besoins de ses habitants*

Le programme de l'OMS intègre la participation à la décision comme un des éléments contribuant à l'intégration des seniors et les recommandations diffusées par le réseau s'appuient sur un recueil de besoins et bonnes pratiques collectées à travers des groupes de discussion constitué de personnes de soixante ans et plus de milieu socio-économique moyen et inférieur⁷⁴.

La MIE a auditionné Madame Marie-Françoise FUCHS, vice-présidente de l'association Old'Up dont le but est d'encourager et coordonner la participation des plus de 70 ans à la vie sociale afin de rester actif dans la société, d'être un citoyen à part entière. « Si nous ne rendons aucun service à la société, que nous restons purement des consommateurs de loisirs et des consommateurs de

⁷⁴ OMS 2007 Guide mondial des villes-amies des aînés

médicaments, la société est fichue. Notre génération a une responsabilité considérable, car c'est la première fois qu'une proportion élevée de gens âgés est capable et désireuse de jouer un rôle. C'est à nous qu'il revient de montrer que ce rôle peut être constructif et qu'une proportion élevée d'hommes et de femmes veulent rester insérés dans la société, qu'ils sont capables de contribuer à la qualité de la vie de tous et au vivre ensemble. »

L'association s'implique actuellement dans des programmes de recherche en proposant d'expérimenter des dispositifs issus des gérontechnologies, de tester l'adaptation des lieux publics aux personnes âgées ou d'apporter des conseils pour l'aménagement de maisons de retraite.

Les personnes auditionnées ont d'une manière générale souligné le fait que l'adaptation de la ville aux difficultés fonctionnelles qui s'accroissent avec l'âge sont également profitables aux plus jeunes qui rencontrent des difficultés passagères ou qui doivent compenser un handicap léger : femmes enceintes, accidentés usant provisoirement de béquilles, personnes ayant une mauvaise vue. La croissance numérique du nombre des seniors permet de mettre en avant une plus grande exigence d'adaptation de la ville non seulement pour les déplacements et l'aménagement des lieux publics, mais aussi pour la part d'humanité et de sollicitude apportée aux services rendus.

7.1.2. Les politiques publiques doivent favoriser l'activité tout au long de la vie

7.1.2.1. La prévention de la perte d'autonomie doit donner priorité à l'activité des seniors

Les orientations de l'IAGG et de l'OMS mentionnées ci-dessus répondent en premier lieu à une préoccupation sanitaire : le maintien des liens sociaux et l'activité sont des facteurs clés de longévité sans limitations fonctionnelles. Ainsi, les objectifs de développement économique et de cohésion sociale rejoignent les préconisations en matière de prévention de la perte d'autonomie.

L'activité des seniors telle qu'entendue ici recouvre le maintien des salariés les plus âgés dans l'emploi jusqu'à l'âge de la retraite par les politiques de lutte contre la ségrégation par l'âge sur le marché du travail, mais au-delà, la notion de vieillissement actif porte plus largement sur la prise en compte des déterminants de l'activité non rémunérée : apprentissage tout au long de la vie (nouvelles technologies, comportement sanitaire, développement intellectuel...), soutien apporté à l'entourage (activités domestiques, garde des enfants ou des malades...), implication dans le bénévolat, maintien d'une activité physique et de contacts sociaux (déplacements, loisirs, activités sportives...).

7.1.2.2. Une part de plus en plus importante des seniors aspirent à pouvoir conserver une activité le plus longtemps possible

Après leur départ en retraite, les seniors sont nombreux à conserver une activité non rémunérée. On constate ainsi qu'ils sont les premiers impliqués dans le bénévolat au profit de la collectivité, l'enquête réalisée par l'IFOP pour France Bénévolat en 2010 a montré que 51% des plus de 65 ans avaient eu au cours de l'année une activité bénévole, dont 38 % au sein d'une association. C'est la tranche d'âge qui s'implique le plus massivement au sein du monde associatif (le taux moyen, toutes tranches d'âge confondues est de 23%).

7.2. Le respect de la dignité et la lutte contre l'exclusion et la maltraitance de ceux qui ont perdu leur autonomie

7.2.1. La précarité accroît le risque d'exclusion au grand âge

7.2.1.1. Le handicap psychique face à l'indifférence au grand âge

Il a été indiqué plus haut que les difficultés d'accès aux soins que les personnes en perte d'autonomie pouvaient rencontrer touchaient, entre autres, la prise en charge des maladies psychiques. Lors de son audition, Madame Claire Brisset, Médiatrice de la Ville de Paris, a transmis un constat d'indifférence face aux malades mentaux âgés auxquels les structures hospitalières n'offrent plus de prise en charge en raison de leur âge. Ces malades sont renvoyés chez eux alors qu'ils y ont perdu tout repère, voire se retrouvent à la rue.

Elle a également mis en avant les troubles psychiques qui touchent les personnes âgées, ainsi 15 % des personnes de plus de 65 ans connaissent un état dépressif associé au risque de suicide qui touche environ 4 000 d'entre eux chaque année⁷⁵. Plusieurs intervenants ont également évoqué devant la MIE le « syndrome de Diogène », trouble du comportement qui conduit à vivre dans des conditions d'hygiène très dégradées, d'accumuler des objets et de vivre dans l'isolement. Les troubles neurologiques, dont la maladie d'Alzheimer, sont également à prendre en compte.

La psychogériatrie devrait être développée pour répondre à ces cas qui, faute de soins, peuvent conduire à la perte d'autonomie ou en aggraver les conséquences par la désocialisation qui en découle. La Médiatrice de la ville de Paris a exposé plusieurs propositions en ce sens dans son rapport 2010⁷⁶.

Les Petits Frères des Pauvres ont également exposé un constat de croissance - particulièrement à Paris - des cas de précarité et d'isolement associés à des troubles psychiques parmi les personnes auprès desquelles l'association intervient, soulignant la difficulté de ce type de suivi et la nécessité d'associer les équipes bénévoles à des professionnels de santé pour y faire face.

7.2.1.2. L'exclusion sociale renforcée par l'âge

Une étude de la Fondation de France publiée en juillet, au sujet des solitudes en France, montre que les personnes en situation de dépendance ayant des revenus inférieurs à 1 000 euros sont deux fois plus exposées à l'isolement que celles ayant des revenus supérieurs à 2 500 euros. Il y a donc un lien de corrélation entre isolement et précarité économique.

L'association des Petits Frères des Pauvres a indiqué à la MIE⁷⁷ qu'il existe un certain nombre de zones ou de situations d'exclusion et de marginalisation. Particulièrement en zones urbaines sensibles où l'on repère des situations de personnes âgées particulièrement isolées, en particulier quand les voisinages se défont. C'est le cas également dans les foyers de vieux migrants.

⁷⁵ A l'occasion de la journée nationale de prévention du suicide de septembre 2009, l'INSERM avait précisé que le taux de suicide dans la population générale française est de 17,1 pour 100.000 habitants, mais il est de 32 chez les 75-84 ans, et de 44 chez les 85-94 ans. Les hommes de plus de 95 ans se suicident quant à eux dix fois plus que la population générale.

⁷⁶ Proposition n° 4 : « améliorer la prise en charge des malades mentaux âgés » : accroître le numerus clausus en psychiatrie, inclure dans les programmes universitaires de psychiatrie une solide formation en psycho-gériatrie, développer des liens étroits avec les Centres médico-psychologiques, prendre des mesures incitatives fortes afin que les médecins généralistes se forment davantage à cette question, développer de nouvelles possibilités de qualification en direction des auxiliaires de vie, développer le réseau d'« équipes mobiles de psycho-gériatrie », inscrire le thème de la psycho-gériatrie dans le schéma gérontologique départemental 2011-2016 (*Rapport de la Médiatrice 2010*, page 74).

⁷⁷ Audition de Jean-François Serres, secrétaire général de la Fondation Petits Frères des Pauvres le 14/06/2011.

A cet égard, l'élaboration du contrat urbain de solidarité (CUCS) en 2007 a marqué un tournant dans la prise en compte des personnes âgées par la politique de la ville menée par la collectivité parisienne, public prioritaire pour lequel les interventions doivent être renforcées.

Il est ainsi précisé que « *l'adaptation du logement au vieillissement, l'admission en structures collectives, la rupture de l'isolement et les projets intergénérationnels seront particulièrement pris en compte dans les projets territoriaux* ».

Concernant les seniors, le CUCS retient les priorités suivantes :

- le développement du lien social ;
- l'accès aux droits et à la citoyenneté (notamment pour les migrants âgés) ;
- la prévention de la délinquance : renforcement du dispositif « Tranquillité seniors » dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ;
- la promotion de la culture.

L'émergence de cette thématique au sein de la politique de la ville à Paris est notamment attestée par le nombre et le montant des subventions accordées à ce titre - 45 000 € en 2010 (DPVI).

De plus, les liens entre la DPVI et la DASES (bureau des personnes âgées) se sont fortement renforcés depuis quelques années, permettant le financement par la DASES d'un nombre croissants de projets en faveur des seniors situés en QPV : 23 000 € en 2010 puis 45 000€ en 2011.

Certaines Equipes de Développement Local se sont saisies de la question des seniors et ont réalisé ou sont en train de réaliser des diagnostics afin de mieux connaître les personnes âgées de leur territoire et leurs besoins (11^e, 13^e, 14^e, 17^e, 18^e, 19^e).

De façon générale, les initiatives des équipes de développement local envers les personnes vieillissantes se centrent sur leur expertise principale : la mise en réseau des partenaires et de l'accompagnement et le soutien aux actions associatives. Certaines thématiques dominent assez clairement :

- les migrants âgés (accès au droit, prévention santé, gestion/transformation des foyers de travailleurs migrants), et notamment les femmes ;
- la lutte contre l'isolement et la mise en place de réseaux de veille ou de voisinage.

7.2.2. Les droits fondamentaux doivent être réaffirmés lorsque la personne n'est plus autonome dans ses choix

7.2.2.1. Les conditions du choix pour l'entrée en établissement d'hébergement

Les conditions d'entrée en EHPAD laissent rarement la possibilité de choisir l'établissement d'accueil en toute liberté. L'attente de conditions contraignantes liées à l'état de santé et au degré de perte d'autonomie, qui limitent de fait la liberté de choix, sont le corollaire de l'espoir très majoritairement exprimé par les français de finir leurs jours à domicile. Le libre choix s'inscrit alors dans une problématique complexe où se mêlent volonté de l'entourage familial, rôle de l'environnement, capacité de l'intéressé à décider lucidement et aide des professionnels dans la prise de décision.

Le rapport de l'IGAS cité ci-dessus (point 6.2.2.) soulève cependant à ce sujet une question importante : la réalité des coûts de séjour en établissement tout comme le contenu réel des

prestations fournies et leur qualité sont le plus souvent opaques et les possibilités de comparaison entre établissements, voire la possibilité d'évaluer les conséquences financières effectives de la décision d'intégrer un établissement, sont fréquemment absentes lors de la prise de décision.

De cet état de fait peuvent résulter des situations de maltraitance. Le rapport relève ainsi les conséquences possibles du maintien à domicile au-delà du raisonnable, voire du changement d'établissement après quelque temps pour des raisons économiques. On peut également s'interroger sur les difficultés qui peuvent en découler pour la gestion du budget de la personne hébergée, tant pour la satisfaction de besoins courants (téléphone, habillement, soins hors tarif) que pour les tensions qui peuvent naître de ce fait avec la famille qui contribue à sa solvabilisation.

L'existence d'un observatoire des coûts qui permette aux familles d'avoir une vision claire des conséquences de l'entrée en établissement et de la réalité des prix pratiqués en regard de la qualité des prestations fournies fait défaut dans ce domaine où les intérêts du « consommateur » devraient tout particulièrement être protégés.

7.2.2.2. *L'accompagnement de la fin de vie*

La Médiatrice de la Ville de Paris a souhaité attirer l'attention de la MIE sur l'insuffisance de l'offre en soins palliatifs et la maltraitance qui en résulte lorsque la mort survient sans accompagnement, que ce soit à domicile ou en institution. Ce constat a fait l'objet d'un développement spécifique dans son rapport 2010.

Le rapport d'étape du programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012⁷⁸ établit à ce sujet un bilan nuancé indiquant les progrès réalisés mais relevant les faiblesses et les disparités territoriales des résultats obtenus. Le rapport appelle à cette occasion à une réflexion de fond, dans le cadre du débat national sur le cinquième risque, sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes dont l'état de santé n'est pas troublé par une affection pathologique mais que le grand âge ou l'incapacité rendent particulièrement fragiles et vulnérables.

L'offre en soins palliatifs recouvre d'une part l'existence de moyens hospitaliers dédiés (unités de soins palliatifs auxquelles s'ajoutent les lits identifiés au sein d'autres services et les équipes mobiles de soins palliatifs), d'autre part les réseaux de soins palliatifs à domicile destinés à coordonner l'action des acteurs de santé auprès des personnes en fin de vie. Les soins palliatifs en EHPAD s'inscrivent dans une problématique particulière.

Relativement à l'offre hospitalière, l'Ile-de-France y apparaît comme une région relativement bien dotée en regard de ses composantes démographiques.

L'organisation des soins palliatifs à domicile relève pour sa part d'une logique de coordination qui ne diffère pas de celle des soins de maintien à domicile évoquée plus haut, avec ses insuffisances (cf. partie 5). Le Comité national de suivi pose en particulier la question de l'inadaptation de la tarification des soins infirmiers et les risques liés à l'absence de prise en compte des soins relationnels dans la réforme en cours de la tarification des SSIAD qui ne valoriserait que les actes les plus techniques. Il invite par ailleurs à une réflexion sur les interfaces entre l'hospitalisation à domicile, dont les soins palliatifs représentent 25 à 30 % de l'activité, et les établissements hospitaliers, les EHPAD, les SSIAD et les professionnels libéraux.

S'agissant des établissements médico-sociaux, au sein desquels surviennent un quart des décès enregistrés en France, le rapport constate que le développement de la démarche palliative y est encore balbutiant, indiquant que cette situation appelle des efforts importants d'évolution culturelle, avec l'appui des équipes mobiles de soins palliatifs. Il y est cependant relevé que cette

⁷⁸ Comité national de suivi du développement des soins palliatifs. *Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010*. Rapport au Président de la République - avril 2011

évolution resterait limitée en l'absence de personnels suffisamment formés, en particulier pendant la nuit. Comme le relève le rapport de la médiatrice, c'est fréquemment en cas de crise nocturne que le recours inapproprié aux urgences hospitalières peut déboucher sur la mort dans des circonstances pénibles et dans un environnement inadapté.

Le groupe de travail n°1 du débat national sur la dépendance indique dans son rapport final que :
« *La réticence à considérer l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées comme partie intégrante de la prise en charge par les établissements explique les transferts manifestement assez fréquents des résidents vers l'hôpital lors de la phase terminale de leur fin de vie ou encore les difficultés des professionnels médico-sociaux à s'approprier la culture et la pratique des soins palliatifs.* »

Les soins palliatifs ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort et doivent notamment permettre de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage⁷⁹. La dimension médico-sociale associée aux soins médicaux apparaît de fait prépondérante pour la satisfaction de besoins psychologiques, affectifs, intellectuels, sociaux ou spirituels, et justifie l'importance de l'intervention des bénévoles, que ce soit des proches ou des associatifs.

De ce fait, l'article 10 de la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs prévoit l'intervention des associations de bénévoles sous réserve qu'ils se soient dotés d'une charte exprimant leur respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité, l'absence d'interférence dans les soins. Elles doivent également conclure une convention conforme à une convention type définie par décret en Conseil d'Etat avec les établissements où elles interviennent.

Par ailleurs, 1,4 M€ sont alloués chaque année par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés à la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs qui les redistribue aux associations pour la formation des bénévoles.

⁷⁹ Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012, p. 2

8. RECOMMANDATIONS

8.1. Gouvernance

1 - Clarifier les relations entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), le Conseil régional d'Ile-de-France et le Conseil général de Paris, en attribuant au Département un rôle de moteur, d'interlocuteur privilégié pour l'action en faveur des personnes âgées afin d'améliorer la gouvernance de cette politique publique.

8.2. Schéma gérontologique départemental

2 - Dans le cadre de l'élaboration du nouveau schéma gérontologique, prendre en considération la question de l'accessibilité financière, au-delà d'une simple analyse des taux d'équipement, afin de répondre au mieux aux besoins des Parisiens. Etablir notamment les statistiques relatives au revenu des demandeurs d'entrée en résidence du CASVP, en complément des chiffres disponibles relatifs aux personnes âgées qui résident actuellement dans ces structures.

3 - Participer, sous l'égide de l'ARS, à une réflexion sur l'élaboration d'un schéma gérontologique interdépartemental et pluriannuel (contrat pluriannuel d'objectifs) pour créer une planification et une programmation, en particulier pour les structures d'accueil des personnes âgées, allant au-delà du département.

8.3. Coordination

4 - Promouvoir une offre globale en favorisant les regroupements de structures sur un bassin de vie : EHPAD, centre d'accueil de jour, hébergement temporaire, service d'aide à domicile, voire services de soins, pour éviter les ruptures entre domicile et vie en établissement. Le décroisement des secteurs sanitaire, social et médico-social, mais aussi des catégories d'établissement, pourrait permettre d'anticiper la prise en charge à domicile au sortir d'une hospitalisation.

5 - Engager la discussion avec l'ARS afin de pourvoir l'ensemble des PPE de postes d'interlocuteurs uniques de type gestionnaires de cas pour obtenir des structures intégrées de type MAIA.

6 - S16 Poursuivre la constitution de Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) dans le cadre de la réforme des PPE et favoriser toutes autres formes de coordinations entre les professionnels.

8.4. Prévention

7 - Promouvoir l'articulation et le pilotage des dispositifs de prévention portés par de nombreux acteurs et visant au maintien de l'autonomie. Coordonner les initiatives notamment en termes de santé publique, de nutrition, de logement ou encore de transports.

8.5. Information et accès aux droits

8 - Améliorer l'information sur les aides et services pour les personnes âgées en veillant à assurer des **relais des PPE dans les mairies d'arrondissement**, et notamment, lorsqu'ils existent, dans les Relais information famille.

9 - Communiquer sur la carte **Paris à domicile** que les personnes âgées peuvent obtenir si elles habitent à Paris depuis au moins trois ans et si elles ne disposent pas de la carte Émeraude ou Améthyste, et 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.

10 - Mettre en œuvre une stratégie similaire de communication et d'accès aux droits pour **Paris solidarité**, qui vise les personnes qui n'ont que le minimum vieillesse, soit moins de 840 euros aujourd'hui, et dont la version antérieure (Allocation Ville de Paris) ne profitait qu'à 13 500 bénéficiaires, et pour le **Complément santé Paris** qui n'est attribué qu'à 8 500 personnes.

11 - Créer sur paris.fr un **portail dédié aux personnes âgées** réunissant toutes les informations mutualisées relatives à la vie des personnes âgées (soins, logements, aides, retraites, structures d'accueil, culture, sport, rencontres, aidants, etc.) pour faciliter la recherche d'information et, dans une certaine mesure, développer le maintien à domicile et les services à la personne.

12 - Mettre en place, en partenariat avec les acteurs concernés (CNAV, caisses complémentaires) une véritable **information sur le temps de la retraite**, dans un objectif de prévention sociale et sanitaire, notamment par l'intermédiaire d'ateliers de préparation à la retraite ou d'un guide « Retraités à Paris ».

8.6. Etat de santé & accès aux soins

13 - Accroître la qualité de prise en charge des personnes âgées en développant les **solutions alternatives aux admissions dans les services d'urgence**.

Pour ce faire, étudier l'élaboration de partenariats entre les PPE, les services sociaux polyvalents, les centres de santé et les maisons de santé.

Dans le cadre de la réforme des centres de santé, étudier la mise en place d'un pôle gériatrique dans chaque centre.

14 - Intégrer le thème de la **psychogériatrie** dans le prochain schéma gériatrique départemental. Souligner auprès de l'ARS l'intérêt qu'il y aurait à expérimenter des **équipes mobiles de psychiatrie gériatrique** intervenant dans les hôpitaux, les établissements d'accueil et à domicile.

15 - **Sensibiliser les personnels des EHPAD à l'accompagnement des mourants**, par le biais des réseaux de soins palliatifs existants, dont le nombre est insuffisant pour couvrir les besoins sur le territoire parisien et qui interviennent, quant à eux, majoritairement au domicile des patients en fin de vie.

16 - Favoriser la mise en place de dispositifs de **télé médecine** en partenariat avec l'APHP et l'ARS.

17 - Inciter à une meilleure prise en charge des **patients nouvellement atteints par la maladie d'Alzheimer** par l'intermédiaire notamment de Groupes d'entraide mutuelle.

8.7. Maintien à domicile : formules de répit

18 - Développer l'**offre de répit** (Centres d'accueil de jour, hébergement temporaire) en permettant non seulement d'accueillir des personnes âgées sur des périodes temporaires, de jour ou avec hébergement, mais aussi d'accorder des périodes de repos aux aidants afin qu'ils puissent récupérer et assurer plus longtemps cette tâche, en préservant également leur santé et leur vie sociale.

19 - Evaluer l'impact de la création d'une tranche supplémentaire dans la tarification du **prix de journée en accueil de jour** entre les tranches 1 et 2 afin de modérer le prix de la journée pour les personnes âgées aux revenus très moyens.

20 - Evaluer les **besoins en places d'accueil de jour** à Paris, compte tenu des autres modalités de soutien existantes, pour préserver le plus longtemps possible l'autonomie des personnes âgées accueillies et offrir un répit aux aidants.

21 - Expérimenter l'**élargissement des horaires d'ouverture des Centres d'accueil de jour**, qui permettrait notamment la délivrance de repas du soir.

22 - Développer l'**hébergement temporaire de nuit** dans les EHPAD pour l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur une base de proximité territoriale.

23 - Amplifier, en partenariat avec l'ARS, les dispositifs permettant aux **jeunes patients atteints de la maladie d'Alzheimer** d'accéder aux Centres d'Accueil de Jour.

8.8. Maintien à domicile : services d'aide à domicile

24 - Poursuivre l'amélioration de la continuité du service d'aide à la personne initiée par le CASVP en étudiant l'élargissement de l'amplitude horaire par la mise en place de « **rondes de nuit** ».

8.9. Maintien à domicile : les aidants

25 - Favoriser la mise en place de **groupes d'entraide mutuelle pour les aidants** en articulation avec les PPE et les mairies d'arrondissement, à l'instar du pôle seniors de la mairie du 4^{ème} arrondissement.

26 - Créer une Charte municipale de l'aidant

27 - Améliorer le **service civique** en direction des personnes âgées à Paris : services et visites à domicile, accompagnement des personnes âgées isolées dans leurs loisirs et pratiques sociales.

8.10. Accueil en EHPAD

28 - Mettre en place un groupe de travail dans le cadre de **Paris Métropole** chargé de réfléchir à un plan de programmation pluriannuel d'EHPAD.

29 - Développer et cofinancer des **petites unités de vie (PUV)** de 20-25 places dans les vingt arrondissements, alternatives à l'habitat en EHPAD, qui offrent un lieu de vie « comme à domicile » et permettent de mutualiser les services.

30 - Permettre et envisager de **nouvelles formules d'hébergement**, encourager une vision nouvelle des EHPAD, sortir de la vision « monolithique » des établissements (en lien avec l'Etat et l'ARS).

8.11. Isolement - Lien social - Précarité

31 - Confirmer l'**accompagnement social** prodigué par des associations faisant le lien entre la rue et le logement en résidence services ou en résidence appartement pour les personnes issues de la rue.

32 - Favoriser les **initiatives solidaires d'entraide** telles celle portée par le projet Voisin-Âge mis en place par Les petits frères des Pauvres et visant à rompre l'isolement que peuvent rencontrer certaines personnes âgées, à l'instar de l'opération Pharmaciens solidaires lancée en juillet 2011.

33 - Valoriser le **bénévolat des seniors**.

34 - Mieux informer l'entourage des personnes âgées, notamment à l'aide d'une campagne municipale, des démarches de **signalement auprès des services sociaux**.

8.12. Mobilité

35 - Mettre en place un **outil permettant de valider l'utilisation de la carte Emeraude** que de nombreuses personnes âgées demandent sans véritablement l'utiliser. Une réduction du nombre de bénéficiaires non utilisateurs permettrait de reporter le budget économisé sur d'autres actions du CASVP.

36 - Etudier les possibilités d'**optimiser les dépenses de transports en commun à destination des personnes âgées** (Carte Emeraude et Carte Améthyste) et envisager un système alternatif afin de responsabiliser les personnes âgées qui n'ont recours à ces cartes qu'occasionnellement.

8.13. Logement

8.13.1. Logement - urbanisme

37 - Etudier l'**évolution de l'allocation du CASVP « aide à l'amélioration de l'habitat »** pour favoriser le maintien des personnes âgées dans leur logement en facilitant les travaux d'adaptation : élargissement des travaux éligibles, évolution du plafond d'imposition fixé à 992 € (6 500 F) depuis 1997 et de la prise en charge des diagnostics habitat.

Conforter le partenariat de la collectivité parisienne avec le Pact de Paris.

38 - Favoriser l'**affectation des locaux commerciaux de pieds d'immeuble** détenus par les bailleurs sociaux, et ne trouvant pas preneur, à des services de pédicurie, d'infirmerie ou encore d'aide à domicile, ce qui garantirait un maillage et une prestation de proximité et offrirait au personnel prodiguant ces soins de meilleures conditions de travail.

39 - Promouvoir une entraide solidaire contractuelle entre les personnes âgées, les jeunes, le bailleur, la puissance publique, l'Etat ou la collectivité pour développer l'**habitat intergénérationnel**.

40 - Encourager les **gérontechnologies** dans la politique de soutien, y compris financier, à l'innovation de la Ville, au travers de futurs appels à projets ou de Télégéria (actuellement en

place dans le 15^{ème} arrondissement en partenariat avec l'hôpital européen Georges Pompidou) visant à éviter le déplacement à l'hôpital de personnes âgées résidant en EHPAD.

41 - Lancer un appel d'offres auprès des acteurs de l'économie sociale et solidaire pour offrir aux personnes âgées la possibilité de réaliser des **travaux d'aménagement à domicile**.

42 - **Améliorer la visibilité du PACT Paris** en amplifiant la diffusion d'informations sur son offre de service au sein des PPE ou des Mairies d'arrondissement.

8.13.2. Logement - parc social

43 - Expliciter, à l'occasion de l'élaboration du nouveau schéma gérontologique, la stratégie de **mise en accessibilité des logements et bâtiments du parc social** aux personnes à mobilité réduite destinée à atteindre l'objectif ambitieux de 40% en 2020, tel que fixé par le PLH adopté par le Conseil de Paris en mars dernier.

44 - Piloter une **politique d'incitation des bailleurs sociaux** à utiliser pleinement le financement permis par l'exonération de cotisation de taxe foncière sur les propriétés bâties du montant des travaux de mise en accessibilité et d'adaptation, pour programmer la mise en accessibilité de tous les bâtiments pouvant l'être et répondre favorablement aux demandes des locataires, conformément à l'objectif fixé au PLH.

45 - Extrapoler à l'échelle de la capitale le **Réseau Logement Seniors** mis en place dans le 3^{ème} arrondissement.

8.13.3. Logement - parc privé

46 - Renforcer le **soutien aux propriétaires bailleurs pour l'aide à l'adaptation du logement** des personnes âgées en perte d'autonomie.

Examiner la pertinence de la réglementation de l'ANAH qui exige désormais une évaluation de la perte d'autonomie en GIR, c'est-à-dire qui ne finance des travaux qu'une fois la perte d'autonomie installée.

Mettre en œuvre le vœu adopté à l'unanimité par le Conseil de Paris lors de séance des 15-16 novembre 2010, visant à inciter de manière expérimentale les candidats aux résidences appartement et aux résidences service qui sont propriétaires de mettre leur appartement à disposition des associations gestionnaires du dispositif Louez solidaire ou AIVS, sous condition de la salubrité de leur logement, notamment dans le centre et l'ouest de Paris.

47 - Prolonger le programme d'intérêt général, dit **PIG « mobilité »** qui permet de majorer fortement les subventions de l'ANAH pour les travaux d'adaptation.

8.14. Adresses à l'Etat

48 - Faire préciser par l'ARS les **modalités d'articulation du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) avec les schémas directeurs départementaux**, à l'instar du schéma gérontologique.

49 - Demander à l'ARS de pérenniser le financement des **équipes mobiles** de gériatrie, de renforcer les équipes mobiles de soins palliatifs et d'expérimenter des équipes mobiles de psychiatrie gériatrique.

50 - A la suite des recommandations formulées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans sa contribution au débat national sur la dépendance des personnes âgées, contractualiser avec l'ARS et l'APHP pour la **réalisation de projets pilotes** de coordination sanitaire et médico-sociale visant à réaliser des économies sur les coûts d'hospitalisation des personnes âgées par le transfert d'une partie de la dépense sur les établissements et services médico-sociaux, selon un cahier des charges précis comportant une évaluation qualitative et financière.

8.15. Evaluation

51 - Effectuer une **étude d'impact des mesures du rapport** : analyser leur mise en œuvre, leur efficacité et le gain éventuel et souhaité qu'en auront tiré les personnes âgées en perte d'autonomie.

Cette étude sera présentée puis débattue en Conseil de Paris, afin d'évaluer la mise en œuvre opérationnelle et la pertinence des solutions préconisées par la MIE, de les pérenniser, ou d'y mettre fin en cas d'inadéquation entre l'effet recherché et celui produit, ou d'efficacité insatisfaisante.

9. CONTRIBUTION

Contribution du Groupe Communiste et élus du Parti de Gauche sur les personnes âgées en perte d'autonomie dans le cadre de la mission d'information et d'évaluation.

Alors que le Conseil de Paris a institué une mission d'information et d'évaluation relative à ce thème par délibération du 29 mars 2011, et que cette mission s'inscrivait dans le contexte du débat national, le gouvernement a brutalement abandonné son projet de réforme.

Il n'en reste pas moins que le problème reste crucial pour l'avenir de notre société. Les débats nationaux qui ont eu lieu ont été très riches et soulèvent des problématiques politiques cruciales.

Paris n'échappe pas à ce débat.

Le rapport de la MIE dresse un état des lieux très pointu, très complet et à ce titre fournit une base de travail excellente.

Les perspectives et les recommandations sont justes mais insuffisantes, car le fond du problème reste de façon générale leur financement, et c'est d'ailleurs cet aspect qui empêche la MIE d'avoir un projet plus ambitieux en matière de propositions pour la prévention, le maintien à domicile, les aidants, l'accès aux soins, et le logement.

Le Groupe Communiste et élus du parti de Gauche inscrit la prise en charge de ce nouveau besoin qu'est la perte d'autonomie dans les principes de la Sécurité sociale de 1945 tout en les renouvelant et les réformant en profondeur. Une vraie politique publique en ce domaine doit articuler prévention, dépistage et prise en charge solidaire.

La prévention passe par le développement de l'activité physique ou intellectuelle, l'intégration et le rôle social des personnes, une alimentation équilibrée et le remboursement à 100% des dépenses de santé.

Il s'agit aussi de développer considérablement les équipements, tant au domicile (où le maintien des personnes doit être privilégié) que dans les institutions, l'éventail des formules d'accueil, l'accès aux services spécialisés médicaux et surtout de mettre en oeuvre un plan de formation ambitieux et dans la durée des personnels médicaux et paramédicaux.

Cela implique aussi de se donner les moyens d'intervenir sur les conditions d'emploi et de travail, de recherche médicale et de prise en charge médicale et médico-sociale, de recherche en général, sur les politiques nationales et locales d'urbanisme et de transport. ...

Le Groupe Communiste et élus du Parti de Gauche propose, au niveau départemental, un pôle public de « l'autonomie », s'appuyant sur le développement des services publics existants, comprenant les aides (repas, toilettes, mobilisations, etc.) mais aussi les équipements et aménagements des logements, transports... Il doit permettre une simplification des démarches et une meilleure efficacité du service rendu et faire l'objet d'un véritable contrôle démocratique. Son enjeu consistera à travailler, à partir de l'existant, à l'amélioration du niveau de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, tant pécuniaire que pour la qualité de la prise en charge.

Le Groupe communiste et élus du Parti de Gauche propose une structuration nationale des pôles publics départementaux afin de garantir une maîtrise et une cohérence nationales et une égalité sur

le territoire national, qui permettrait ainsi à chaque collectivité territoriale et donc Paris de développer ses missions propres.

Le débat sur la question du financement ne fait pas qu'opposer la droite et la gauche, il traverse la gauche elle-même.

Le Groupe Communiste et élus du Parti de Gauche est clairement opposé aux mesures qui sont avancées actuellement comme l'assurance obligatoire, le second jour de travail gratuit, l'augmentation de la CSG des retraités, l'étranglement des finances des conseils généraux.

De toute évidence, des choix de qualité induisent de poser la question du financement de cette politique de l'autonomisation à partir d'un prélèvement sur les richesses créées par le pays.

Notre Groupe pose le principe d'un financement solidaire dans la sécurité sociale et d'un financement public.

Dépendance ou autonomie, le débat ouvert recouvre un enjeu de société essentiel. Les premières propositions imposent un travail sur l'avenir de la sécurité sociale et sa modernisation en rupture avec les plans du pouvoir et du Medef visant le démantèlement de la sécurité sociale. Ce travail, il faut l'entreprendre dès maintenant avec l'ensemble des acteurs, organisations syndicales, acteurs de terrain, travailleurs sociaux, associations, élus et citoyens, pour définir ce que la gauche devra faire, localement et nationalement.

Dans ce sens, il n'est plus possible d'accepter le désengagement de l'Etat, qui se défait sur les collectivités territoriales, les familles et les associations, des missions qui sont les siennes.

10. ANNEXES

10.1. Annexe 1 : liste des personnes auditionnées par la Mission

- **Mercredi 27 avril 2011**

Audition de Mme Geneviève LAROQUE, présidente de la Fondation nationale de gérontologie

Audition de Mme Virginie GIMBERT, du Centre d'analyse stratégique

Audition de M. Audry JEAN-MARIE et Mme Pauline VIROT de l'Atelier parisien d'urbanisme (APUR)

- **Jeudi 5 mai 2011**

Audition de M. Jean-Marie LE GUEN, Adjoint au Maire de Paris chargé de la santé publique et des relations avec l'AP-HP

Audition de Mme Liliane CAPELLE, Adjointe au Maire de Paris chargée des seniors et du lien intergénérationnel

Audition de Mme Olga TROSTIANSKY, Adjointe au Maire de Paris chargée de la solidarité, de la famille et de la lutte contre l'exclusion

Audition de Mme Véronique DUBARRY, Adjointe au Maire de Paris chargée des personnes en situation de handicap

- **Vendredi 13 mai 2011**

Audition de Mme Geneviève GUEYDAN, directrice générale de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES)

Audition de Mme Laure DE LA BRETECHE, directrice générale du Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP)

- **Mercredi 18 mai 2011**

Audition de Mme Diane PULVENIS, sous-directrice des personnes âgées au CASVP

Audition de MM. Antoine AUDOUIN et David VIAUD de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)

Audition de Mme Rose-Marie VAN LERBERGHE présidente du groupe Korian

- **Mercredi 25 mai 2011**

Audition de M. Pierre DENIS de Aidant attitude

Audition de MM. Thierry JARLET et Thomas ROUAULT de la Fondation France Alzheimer

Audition de Mmes Danièle SAULNIER et Patricia CORDEAU de l'Union des associations d'aide, de soins et de services à domicile de Paris (UNA)

Audition de Mmes Marie-Laure MARTIN et Christine PATRON de l'association Isatis

▪ **Mardi 31 mai 2011**

Audition de M. le Professeur Olivier SAINT-JEAN chef du service de gériatrie à l'Hôpital européen Georges Pompidou

Audition de Mme le docteur Christine CHANSIAUX de l'équipe mobile gériatrique de l'hôpital Bretonneau

Audition de Mme le docteur Christine BERBEZIER conseillère médicale à la DASES

▪ **Mercredi 8 juin 2011**

Audition de M. Philippe DELAROA et de Mme Catherine AUGUSTE du PACT PARIS

Audition de M. Philippe JACOB chargé de mission à la DLH

Audition de M. Jean-Loup BOUVIER de Paris Habitat

Audition de M. le Professeur Alain FRANCO du Centre national de référence Santé à domicile et Autonomie

▪ **Mardi 14 juin 2011**

Audition de Mme Gisèle STIEVENARD Adjointe au Maire de Paris chargée de la politique de la ville et de l'engagement solidaire

Audition de MM. Jean-François SERRES, Raymond PENHART et Mme Emilie PERILLON de l'association Petits Frères des Pauvres

Audition de Mme Charlotte MIOT du CASVP

▪ **Mercredi 22 juin 2011**

Audition de M. Bernard ENNUYER

Audition de Mme Marie BOUCHAUD du PPE 5/6

Audition de M. Marc BOURQUIN de l'Agence régionale de santé Ile-de-France

▪ **Mercredi 29 juin 2011**

Audition de M. Stéphane PAUL de l'Inspection générale des affaires sociales

Audition de Mme Claire BRISSET, Médiatrice de la Ville de Paris

Audition de Mme Marie-Françoise FUCHS de l'association Old'Up

▪ **Mardi 5 juillet 2011**

Audition de M. Jean-Philippe VINQUANT du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

▪ **Mercredi 13 juillet 2011**

Audition de Mme Emilie DELPIT, directrice de cabinet de Mme Marianne MONTCHAMP, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées.

Visites

Visite du 30 mai 2011 de l'EHPAD Cousin de Méricourt et de la résidence service de l'Aqueduc à Cachan (94)

Visite des 7, 15 et 16 juin 2011 du Centre d'accueil de jour Mémoire Plus 127 rue Falguière 75015

10.2. Annexe 2 : Principaux sigles utilisés

| | |
|-------|--|
| ANAH | Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat |
| APA | Allocation personnalisée d'autonomie |
| ARS | Agence régionale de santé |
| AVP | Allocation Ville de Paris |
| CAS | Centre d'analyse stratégique |
| CESU | Chèque emploi service universel |
| CLIC | Centres locaux d'information et de coordination |
| CNAV | Caisse nationale d'assurance vieillesse |
| CNSA | Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie |
| DGAS | Direction générale de l'action sociale |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| EHPA | Etablissement d'hébergement de personnes âgées |
| EHPAD | Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes |
| GIR | Groupe Iso Ressources |
| HCAAM | Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie |
| IDE | Infirmier diplômé d'Etat |
| IGAS | Inspection générale des affaires sociales |
| MAIA | Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer |
| MDPH | Maison départementale des personnes handicapées |
| ONDAM | Objectif national de dépense de l'assurance maladie |
| PACT | Propagande et action contre les taudis. Réseau associatif d'aide à l'amélioration de l'habitat |
| PCH | Prestation de compensation du handicap |
| PLAI | Prêt locatif aidé d'intégration |
| PLUS | Prêt locatif à usage social |
| PPE | Point Paris Emeraude |

| | |
|------|--------------------------------|
| PUV | Petite unité de vie |
| USLD | Unité de soins de longue durée |

10.3. Annexe 3 : comparaison entre allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap

Le rapport d'information sénatorial n° 359 (2006-2007) de M. Paul BLANC, fait au nom de la commission des affaires sociales, précise les éléments qui distinguent l'APA de la PCH à l'avantage de cette dernière :

- dans le dispositif de l'APA, l'évaluation des besoins est menée en vue d'aboutir à la définition d'un niveau synthétique de besoin : le classement au sein de la grille AGGIR. Le niveau atteint par la personne dans cette grille permet ensuite de déterminer automatiquement le montant plafond de la prestation qui lui est accordée. Le montant effectivement versé dépend *in fine* des ressources de la personne ;

- dans le cadre de la PCH, l'évaluation des besoins est réalisée nature de besoin par nature de besoin, en vue de définir non pas un niveau synthétique de besoin mais le volume d'aide nécessaire pour chaque catégorie de besoin. Le montant attribué est également calculé besoin par besoin, en fonction du volume nécessaire évalué et du tarif applicable à la nature de l'aide. Comme pour l'APA, le montant versé est plafonné, mais par catégorie d'aide, et la prise en compte des ressources s'effectue dans des conditions plus favorables. Au total, les montants versés sont très supérieurs à ceux ouverts dans le cadre de l'APA.

Les deux prestations se distinguent également par les conditions dans lesquelles est déterminée la participation des bénéficiaires à la prise en charge de leurs frais de compensation : dans le cadre de l'APA, l'allocation n'est versée que pour autant que la personne âgée paie effectivement un certain montant pour sa prise en charge ; s'agissant de la PCH, la logique est inversée puisque c'est le reste à charge qui est plafonné. Pour certaines catégories d'aides, ce reste à charge peut même être nul.

On constate enfin une dernière différence, s'agissant des personnes accueillies en établissement : dans les établissements pour personnes handicapées, le « reste à vivre » des personnes accueillies ne peut être inférieur à 30 % du montant de l'AAH (soit 186 euros par mois), montant bien supérieur au « reste à vivre » prévu pour les personnes hébergées en EHPAD (1 % du montant annuel du minimum vieillesse, soit 62 euros par mois).

Montants moyens de PCH accordés, par élément

| | Montant accordé (en euros) | moyen |
|---|---|--------------|
| Élément 1 - Aide humaine (montant mensuel) | | 1 088 |
| Élément 2 - Aide technique | | 1 372 |
| Élément 3a - Aide à l'aménagement du logement | | 3 808 |
| Élément 3b - Aide à l'aménagement du véhicule | | 2 248 |
| Élément 3c - Aide aux surcoûts de transport (montant mensuel) | | 185 |
| Élément 4a - Aide spécifique (montant mensuel) | | 80 |
| Élément 4b - Aide exceptionnelle | | 592 |
| Élément 5 - Aide animalière (montant mensuel) | | 57 |

Source : CNSA, octobre 2006

10.4. Annexe 4 : l'expérimentation PRISMA dans le 20^{ème} arrondissement

Intégration des services gérontologiques et gestion de cas
Cadre théorique
Messages issus de l'expérimentation menée dans le 20^{ème} arrondissement de
Paris

Note à l'attention de la
Mission d'Information et d'Évaluation
« Les Personnes âgées en perte d'autonomie : état des lieux et perspectives »

Rédacteurs

Hélène Trouvé, P.h.D, Ingénieur de Recherche, Fondation nationale de Gérontologie
49 Rue Mirabeau
75016 Paris
Tel : 01.55.74.67.23
Email : h.trouve@fng.fr

**Dominique Somme, P.h.D, Gériatre et chercheur en santé publique Assistance Publique-Hôpitaux
de Paris**
20 Rue Leblanc
75015 Paris
Tel : 01.56.09.27.26
Email : dominique.somme@egp.aphp.fr

Juin 2011

- 1 -

1. Contexte et principaux enjeux

Aux vues des évolutions démographiques et épidémiologiques, le nombre de personnes en besoin d'aide à l'autonomie ne cesse d'augmenter. Un des enjeux majeurs des systèmes de santé est de **garantir la continuité et la cohérence des soins et des accompagnements** apportés à ces personnes, que ce soit pour les personnes âgées fragiles, en perte d'autonomie ou dépendantes.

Les personnes âgées et leurs aidants sont confrontés à une fragmentation de l'offre (entre le secteur hospitalier, la médecine de ville et la multitude d'institutions et de services relevant du champ sanitaire et du champ social, de statut public, privé non lucratif ou privé lucratif), à des discontinuités de parcours, notamment à la sortie de l'hôpital ou à l'entrée en institution médico-sociale, à des redondances (notamment pour l'évaluation des besoins) ou à des manques d'offres répondant à leurs besoins.

Face à de tels enjeux, les pouvoirs publics ont souhaité développer une politique de coordination. Notamment, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ont été institués par la circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 et les réseaux gérontologiques renforcés par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002. Ces dispositifs ont permis des avancées notables de la coordination. Cependant, leurs domaines d'action restent fragmentés : principalement social pour les premiers et sanitaire pour les seconds. Surtout, les intervenants des CLIC et des réseaux gérontologiques sont indépendants des équipes médico-sociales de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), qui sont des acteurs majeurs de l'organisation du maintien à domicile.

Face à ce constat, les pouvoirs publics ont décidé d'expérimenter en France un nouveau système d'organisation des services à travers l'intégration¹. En janvier 2006, la DGS, la CNSA et le RSI ont décidé de financer un projet pilote d'intégration des services gérontologiques en France basé sur le modèle PRISMA (Programme de Recherches pour l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie). Ce modèle a été testé et évalué avec succès au Québec – Canada de 1990 à 2005.

Le projet pilote PRISMA-France a été conduit de 2006 à 2010 sur trois sites volontairement contrastés en matière d'organisation territoriale de l'offre de services gérontologiques :

- un site méga-urbain : Paris 20^{ème} arrondissement,
- un site à dominante urbaine : Mulhouse et la périphérie d'Illzach,
- un site rural : zone d'Étampes.

Au cours du projet pilote PRISMA-France, une expérimentation à plus large échelle a été lancée dans le cadre du Plan National Alzheimer et maladies apparentées portant sur les « Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer » (MAIA) et reprenant le même modèle d'organisation. 17 expérimentations ont été conduites en 2009 et 2010 parmi lesquelles les projets pilotes PRISMA-France Paris 20^{ème} arrondissement et Mulhouse-Illzach.

Sur la base des expérimentations, la généralisation des MAIA a été décidée en septembre 2010. Elle a débuté en 2011 avec 40 nouveaux projets (dont 3 en Ile-de-France), la montée en charge est programmée à 100 autres projets en 2012 pour atteindre un maillage total du territoire français par 400 à 600 MAIA à l'horizon 2014. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a donné une base légale au dispositif MAIA (article L.113-3 du code de l'action sociale et des familles et article L.1431-2 du code de la santé publique).

2. Définition de l'intégration, cadrage théorique

L'intégration a reçu en Europe la définition suivante : « l'intégration des services consiste dans un ensemble bien équilibré de négociation, régulation et incitatifs afin d'amener les partenaires à la coordination, la coopération et le consensus dans un système de santé bien organisé pour que les personnes le perçoivent comme continu, complet, flexible et réactif aux changements de leurs besoins » (traduction personnelle du programme CARMEN², un groupe de travail de la Société Française de Gérontologie et de Gériatrie se réunit actuellement en vue d'une définition française du concept).

¹ Loin d'être une particularité française, divers systèmes d'intégration ont été conçus, expérimentés et évalués dans le monde (États-Unis, Québec, Royaume-Uni, Italie, Japon, Hollande, Suède, Nouvelle-Zélande, Singapour, etc.).

² Vaaramaa, M., Pieper R. (2006) *Managing integrated care for older people*. Helsinki, Sweden: STAKES.

3. Différence entre coordination et intégration

Les CLICs et Réseau de santé qui ont été cités ci-dessus reposent sur le concept de coordination qui est spontanément celui qui fait sens en France comme nous l'avons documenté dans l'expérimentation PRISMA (se référer aux rapports référencés en fin de note).

Il faut donc clairement différencier les deux concepts pour que celui d'intégration puisse éventuellement trouver du sens.

La coordination entre organisations ne vise pas à modifier les organisations elles-mêmes et encore moins leur contexte d'existence et leur rapport à leurs financeurs et autorités. La coordination vise à la meilleure articulation possible entre les organisations, ce qui, en soi, est susceptible d'améliorer substantiellement la qualité des services. Néanmoins, quand le nombre de services à articuler augmente beaucoup, ainsi que leurs contraintes liées à leurs financeurs et autorités, et que le contexte démographique annonce que ces contraintes vont aller en augmentant, ces mécanismes, tout en conservant leur légitimité, trouvent leur limite.

L'intégration vise donc à modifier le système lui-même, sans ajouter de structure (l'intégration se fait à partir de l'existant) en modifiant à la fois les organisations elles-mêmes dans leur fonctionnement (outils communs, procédures communes, critères d'admission, circulation de l'information) et dans leur relation à leurs autorités et financeurs eux-mêmes modifiés dans leur fonctionnement (gouverne, mission et responsabilité commune). L'articulation entre les organisations est moins la cible que le système lui-même.

Ainsi les MAIAs ne visent pas à remplacer les CLICs ou les Réseaux (ou tout autre type d'acteurs), mais cherchent à modifier leurs organisations, relations et gouverne de façon à ce que tous les services d'un territoire donné soient labellisés MAIA en même temps (ou qu'aucun ne le soit)³.

Au final sur un territoire donné on pourrait avoir un CLIC labellisé MAIA, un réseau labellisé MAIA, une HAD labellisée MAIA, un ensemble de SSIAD et de SAAD labellisé MAIA, un CCAS labellisé MAIA, un hôpital labellisé MAIA, etc. (La déclinaison des acteurs est à adapter à chaque territoire mais l'important est que le label soit collectif et dépasse les frontières de la fragmentation précédemment citée). Ce label signifierait alors que tous ces acteurs ont définis des règles communes, des outils communs, des procédures communes, ont revu leurs organisations internes et leurs relations en fonction de tout cela. Cela signifierait, de plus qu'ils portent un regard régulier en commun sur les besoins de la population et tentent de résoudre ensemble les dysfonctionnements organisationnels persistants, rendent compte en commun à leurs autorités et financeurs. Ces derniers, enfin, accepteraient de modifier leur mode de relation avec elles.⁴

La place de la gestion de cas sera développée ultérieurement mais il apparaît évident qu'avec cette définition l'intégration n'est pas réductible à la mise en œuvre de ce service (même si, on le verra, ce service s'avère indispensable à l'intégration des services).

4. Le « modèle »

Le processus MAIA, tout comme le modèle PRISMA, comporte 6 axes de travail.

³ Cet élément de définition du label MAIA est officiellement communiqué par l'équipe de pilotage nationale des MAIA.

⁴ Les auteurs précisent qu'ils expriment dans ce paragraphe leur opinion propre sur ce qu'ils pensent être la logique de déploiement du label MAIA mais il n'y a à l'heure actuelle aucune information officielle sur le contenu du label ni sur les modalités de labellisation envisagées.

4.1. La concertation

La concertation a pour objet d'inscrire dans le territoire des espaces collaboratifs construits de façon à engager l'ensemble des acteurs locaux (responsables des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux) et stratégiques (décideurs et financeurs) intervenant dans le champ gérontologique.

La concertation se décline à deux niveaux.

La table stratégique se compose des décideurs et des financeurs. Il est possible de s'appuyer sur un comité préexistant et de le faire évoluer pour lui faire prendre une dimension stratégique. La table de concertation stratégique comprend : le Directeur général de l'ARS ou son représentant mandaté, le représentant du (des) Conseil(s) général(aux) concerné(s), les représentants des caisses de retraite, les représentants des professionnels de santé libéraux, les représentants des associations d'usagers et toute autre représentation utile de niveau stratégique. Le niveau de représentation doit être décisionnel et légitime. Au niveau stratégique, les informations émanant de la table tactique et leur analyse permettent d'ajuster les mécanismes de planification, d'évaluation et de régulation de l'offre de services sur le territoire, ce qui renforce la cohérence de l'offre de soins et médico-sociale, conformément.

→ En pratique : Les décisions concernant l'organisation d'un nouveau service (CLIC par exemple), ou d'une nouvelle organisation (filiale gérontologique) devrait d'emblée associer des décideurs de la santé et du social avec une implication forte des représentants des professionnels libéraux. Les schémas de planification devraient s'unifier (schéma gérontologique, SROS-PRS...) en réfléchissant l'offre comme étant globale. Les instances et autorités de régulation sur les prestations financières doivent également travailler en concert avec la table tactique afin de diminuer (voire d'éliminer) les évaluations redondantes en doublons. Les rapports de la table tactique remontant de façon commune les succès et les manques du territoire (en s'appuyant notamment sur les données provenant des situations les plus complexes) devraient servir de base à la planification et à la régulation nécessaires pour faire évoluer les services vers une meilleure réponse possible aux besoins.

La table tactique se compose des responsables et directeurs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux qui accompagnent ou prennent en charge les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle sur le territoire concerné. Au niveau tactique, s'effectuent la mise en œuvre et l'analyse du service rendu. La table peut alors ajuster l'offre et/ou interpeller la table de concertation stratégique.

→ En pratique : Les décisions concernent les organisations internes des services, adoption d'outils communs d'orientation, formation commune des personnels d'accueils à des procédures standardisées définies en commun, protocolorisation des échanges d'information, inter-reconnaitances professionnelles des évaluations et des expertises, réflexion sur les possibilités de mise en commun de ressources et de moyens, analyse en continu des besoins de la population au travers des données remontant du guichet intégré d'une part et de la gestion de cas d'autre part (dont l'action est favorisée en interne à chaque structure en adaptant les frontières).

Le pilote, dont il sera question plus loin, remonte les données du territoire, il anime la concertation tactique, participe à l'animation de la table de concertation stratégique et s'assure de l'articulation des sujets traités aux deux tables.

4.2. Le guichet intégré

Le guichet intégré, appelé en début d'expérimentation MAIA (et durant l'expérimentation PRISMA) « guichet unique », constitue l'accès de proximité (quelle que soit la structure) à l'accueil et l'information, à partir duquel la population est orientée vers la ressource adaptée. C'est un ensemble coordonné des lieux d'information, d'analyse et d'orientation qui doit faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants.

C'est donc 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 les partenaires sanitaires (par exemple établissement de santé, réseau de santé), sociaux (par exemple centre communal d'action sociale) et médico-sociaux (par exemple CLIC, SSLAD, équipes APA) autour de pratiques (par exemple référentiel des missions différenciées existantes sur le territoire et critères d'inclusion dans les services du territoire), d'outils partagés (par exemple annuaire commun) et de processus articulés (par exemple outil multidimensionnel d'analyse des situations).

→ En pratique l'objectif est que si la personne s'adresse à un SSLAD ou au CCAS ou au CLIC en exprimant une demande particulière, la réponse apportée dépende d'avantage de la demande exprimée que du lieu où la personne s'est adressée.

Ce travail est réalisé par le pilote du dispositif MAIA en concertation avec tous les partenaires du territoire et en reprenant les documents existants ou les travaux qui ont pu déjà être engagés.

4.3. La gestion de cas

Le gestionnaire de cas intervient à la suite d'un processus de repérage des personnes en situation complexes au sein le guichet intégré. Pour toutes les personnes repérées, le gestionnaire de cas :

- réalise à domicile une évaluation multidimensionnelle à l'aide d'un outil validé afin de mesurer l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux de la personne,
- planifie les services nécessaires à l'aide d'un plan de services individualisé,
- assure le suivi de la réalisation des services planifiés,
- organise le soutien et coordonne les différents intervenants impliqués,
- recueille l'accord officiel de la personne pour l'échange d'informations la concernant.

Le gestionnaire a une mission de suivi **au long cours** des personnes dites en situation complexe. Il assure la continuité de l'intervention informationnelle et relationnelle, il prend en compte l'ensemble des problématiques de la personne.

Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant et des professionnels. Il est formé pour intervenir sur les situations complexes dont il est le référent.

Le gestionnaire de cas est positionné sur le suivi du parcours de vie et de soins de la personne, il s'implique dans le soutien et l'accompagnement des personnes et de leurs aidants et développe un partenariat avec les professionnels des champs sanitaire, médico-social et social concernés. Le gestionnaire de cas mobilise les ressources pour une prise en charge globale des personnes mais ne se substitue pas aux professionnels en charge de la situation. Son intervention est légitimée par les concertations tactique et stratégique comme appui au processus d'intégration. Inversement les données qu'il collecte sur les dysfonctionnements et manques de l'organisation du territoire sont analysées de façon anonyme et agrégée par les tables tactique et stratégique. C'est notamment pourquoi, les gestionnaires de cas sont placés sous la responsabilité fonctionnelle du pilote.

Ce suivi intensif ne permet pas que la file active du gestionnaire de cas puisse dépasser une quarantaine de situations complexes par équivalent temps plein ouvert à un moment donné (file active).

Le dispositif MAIA doit disposer d'au moins 2 personnes en équivalent temps plein (ETP), gestionnaires de cas entièrement dédiés, en privilégiant l'interdisciplinarité. Ainsi, issus de différentes professions (assistant de travail social, conseiller en économie sociale et familiale, infirmier, psychologue, ergothérapeute, etc.), les gestionnaires de cas sont titulaires du diplôme universitaire de gestionnaire de cas.

4.4. L'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne

Afin de parvenir à une gouvernance co-responsable des services au niveau tactique et de favoriser l'interdisciplinarité qui est la déclinaison du concept d'intégration au niveau des professionnels, il est nécessaire de déployer un outil d'évaluation multidimensionnel standardisé.

Sans entrer dans les détails⁵, les finalités attendues pour ce type d'outil sont :

- un aspect réellement multidimensionnel,
- la pertinence des dimensions explorées relativement à la population ciblée (importance des comorbidités et du retentissement fonctionnel et social des troubles cognitifs),
- une capacité à évaluer correctement les situations des malades d'Alzheimer, malgré la présence des troubles cognitifs ou comportementaux,
- une utilisation en pratique professionnelles courante,
- une utilité dans la pratique de l'interdisciplinarité (lors de l'évaluation et de la prise en charge),
- une capacité à identifier des services requis (avec des décisions stratégiques qui s'imposent afin d'autoriser l'accès aux prestations financières sur la base de cet outil),
- une sensibilité au changement,
- une capacité à suivre les trajectoires (transmission de l'information clinique, réévaluations),
- une utilisation d'informations agrégées à des fins managériales ou stratégiques.

Cet outil est bien sûr utilisé par les gestionnaires de cas lors de leur évaluation mais à vocation à être utilisé plus largement comme le cadre commun d'analyse des situations.

4.5. Le plan de services individualisé

Le plan de services individualisé découle de l'évaluation des besoins. A l'inverse de l'outil d'évaluation, il s'agit d'un outil spécifique à la gestion de cas. C'est un outil du gestionnaire de cas qui cherche à rendre cohérent l'ensemble des interventions assurées auprès de la personne. Ce plan n'a pas pour but de prescrire l'intervention des uns ou des autres mais d'articuler les différentes interventions et les différents plans existants tout en s'assurant que les désirs de la personne et ses préférences sont prises en compte. Il est nécessaire que cet outil fasse état de l'écart entre la situation réelle et la situation souhaitée.

4.6. Le système d'information partagée

Le système d'information permet la circulation optimale de l'information entre les organisations et les professionnels. Il ne s'agit pas d'un outil dédié aux gestionnaires de cas mais à l'ensemble des partenaires. Toutefois, la tâche des gestionnaires de cas sera facilitée par l'existence d'un tel système sécurisé permettant l'échange d'informations avec les professionnels concernés.

L'usage d'un tel outil permet que ces informations sont traitées de façon anonyme et agrégée en tables de concertation tactique et stratégique afin de permettre la planification, l'évaluation, la régulation et la mise en œuvre d'un système de soins et d'aides en rapport avec les besoins de la population.

En l'absence d'un système d'information national, la réflexion sur le contenu et l'architecture de ce système d'information et sa relation au dossier médical personnel sont en cours au niveau national.

5. Fonctionnement du système d'intégration des services en France : MAIA

5.1. Objectifs

Les MAIA sont des dispositifs de proximité organisés pour simplifier le parcours des personnes et de leurs aidants sur un territoire donné. Ces dispositifs doivent proposer :

- une réponse harmonisée quelle que soit la structure à laquelle la personne s'adresse dans le périmètre intégré des partenaires MAIA,
- une réponse complète puisque le dispositif MAIA prend en compte toutes les prestations et tous les services disponibles du territoire,
- une réponse adaptée aux besoins de la personne : accueil, information, orientation, mise en place de soins, de services ou de prestations,
- pour les personnes en situation complexe, les MAIA proposent un accompagnement rapproché et individualisé par un « gestionnaire de cas ».

⁵ Les auteurs encouragent à se reporter au rapport POEM pour une analyse plus en profondeur de cette question. Les auteurs se tiennent prêt à fournir un exemplaire du rapport à la demande. Il devrait prochainement être possible de le télécharger sur le site de la FNG.

Dans les MAIA, les différents partenaires définissent ensemble leurs règles de fonctionnement et des outils communs. Le dispositif MAIA modifie les pratiques professionnelles de l'ensemble des partenaires et entraîne l'acquisition de compétences supplémentaires mais aussi induit des changements d'organisation avec de nouveaux modes de relations entre les services. Les dispositifs MAIA ne se superposent pas aux structures de coordination déjà existantes. Néanmoins, elles s'appuient sur ces structures afin de les faire évoluer vers ce mode d'organisation intégrée.

5.2. Population cible

La population ciblée est celle des personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle (notamment celles atteintes de maladie cognitive mais de façon NON EXCLUSIVE). Dans cette population, les situations dites « complexes » sont orientées vers la gestion de cas (de 2 à 5% de la population âgée de plus de 60 ans).

La population concernée par le dispositif MAIA est donc nécessairement plus large que celle concernée par la gestion de cas. Ainsi, le dispositif MAIA ne se réduit pas à la gestion de cas.

5.3. Territoire

Un dispositif MAIA se développe sur un territoire défini et compatible avec les territoires des programmes des ARS et des conseils généraux (notamment les projets régionaux de santé, les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les schémas gérontologiques).

5.4. Pilotage

5.4.1. Pilote régional

L'Agence régionale de santé (ARS) est chargée du développement des dispositifs MAIA dans sa région. Les Conseils généraux sont des acteurs incontournables, ils sont associés aux processus de sélection et de déploiement des dispositifs MAIA.

L'ARS passe convention avec le porteur sélectionné à l'issue de la procédure d'appel à candidatures. Cette convention définit les engagements mutuels des parties et notamment le montant des financements alloués au porteur pour développer un dispositif MAIA ainsi que les modalités de suivi du dispositif par l'ARS. Le porteur transmet annuellement un rapport d'activité à l'ARS.

5.4.2. Porteur de projet

Le porteur d'un projet MAIA doit poursuivre un but non lucratif : association, établissement public, etc. C'est un acteur de la coordination, légitime pour construire un partenariat intégré sur le territoire. Les porteurs d'un dispositif MAIA doivent faire état d'un partenariat formalisé au minimum par des courriers d'engagement. **De façon TRES IMPORTANTE, le porteur du projet ne doit pas être identifié comme le porteur de la MAIA.**

→ Le porteur du projet doit amener les différents partenaires de son territoire **à PORTER ENSEMBLE** la MAIA (ou à renoncer à se voir labellisés).

5.4.3. Pilote local

Le porteur du projet est l'employeur d'un pilote local, dédié à la mise en œuvre du dispositif d'intégration. Le porteur fait valider par l'ARS le choix du pilote MAIA.

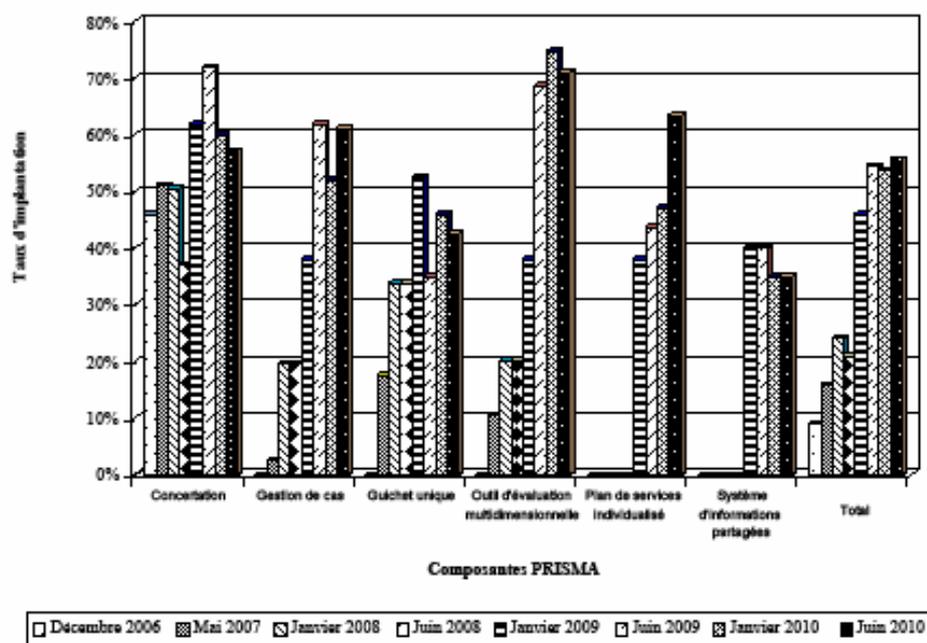
Le pilote local a pour mission de travailler à l'intégration des services de soins et d'aides sur le territoire MAIA. Pour cela, il :

- établit et actualise le diagnostic organisationnel approfondi des ressources du territoire,
- anime la « table de concertation stratégique » en lien avec le représentant de l'ARS qui renforce sa légitimité,
- construit et conduit la « table de concertation tactique » pour mettre en œuvre l'intégration selon la méthodologie définie,
- encadre l'équipe de « gestionnaires de cas » et analyse les données des parcours des personnes,
- assure l'articulation des informations et des décisions entre la table stratégique, la table tactique et les gestionnaires de cas.

6. Le dispositif PRISMA dans Paris 20^{ème} arrondissement

La progression de l'intégration des services gérontologiques sur le site Paris 20^{ème} arrondissement a pu être étudiée par l'équipe recherche PRISMA-France du démarrage de l'expérimentation en mai 2006 jusqu'au terme du protocole de recherches en décembre 2010.

Dans ce paragraphe, les principaux résultats sont présentés à travers une étude d'implantation qui évaluait le niveau de mise en œuvre de l'intégration à travers une double approche : quantitative (taux d'implantation de chacune de six composantes) et compréhensive (analyse comparative des mouvements territoriaux vers l'intégration).



6.1. Initialement

Le taux d'intégration initial était de 9%. Il était légèrement supérieur sur le site Paris 20^{ème} arrondissement comparativement aux deux autres sites (autour de 4% pour le Haut-Rhin et l'Essonne). Ce qui s'explique par une concertation plus dense. Ce différentiel de concertation s'observait surtout au niveau tactique en raison d'une tradition de projets gérontologiques impliquant les secteurs sociaux et sanitaires.

6.2 Les étapes clés

L'engagement des partenaires locaux s'est rapidement traduit par l'annonce de mises à disposition d'emploi de travailleurs sociaux, infirmiers et ergothérapeutes pour exercer les fonctions de gestionnaires de cas. Ainsi, le réseau gérontologique AGEF a proposé la mise à disposition d'1 ETP d'ergothérapeute appuyé par ses tutelles (DDASS et URCAM), le CLIC a proposé ½ ETP d'assistant social appuyé par sa tutelle (DASES), le SSLAD ½ ETP d'infirmier appuyé par ses tutelles (DDASS et DASES) et l'hôpital Thenon ½ ETP d'assistant social fléché par l'AP-HP. Le CLIC et la DASES se sont également engagés à mettre à disposition ½ ETP de temps de secrétariat pour assurer le fonctionnement du guichet intégré et du service de gestion de cas accueillis dans leurs locaux.

L'entrée en activité de ces gestionnaires de cas a été ralentie par le travail de conventionnement nécessaire à la mise à disposition de ces professionnels employés par des structures aux statuts juridiques divers. Pour surmonter cette situation de blocage les acteurs locaux, ainsi que leur tutelles et financeurs, ont décidé de

construire un outil juridique permettant d'intégrer des structures des champs sanitaire, social et médico-social de statuts public et privé : un **Groupe de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS)**. Un important travail de concertation s'est déroulé d'octobre 2007 à mai 2008 autour de la construction du GCSMS « Autonomie 75-20 », **outil juridique propice à l'intégration du fait de la diversité des structures constitutives engagées sur des cofinancements intersectoriels**.

Les gestionnaires de cas sont entrés en activité en juillet 2008. Avec la montée en charge de la file active des gestionnaires de cas l'implantation de l'intégration a été progressive pour s'établir à 46% en janvier 2009, date d'entrée de l'expérimentation dans le cadre du projet MAIA. L'inscription du projet dans le cadre de l'expérimentation MAIA s'est traduite par le financement, par la CNSA, de 2 ETP de postes de gestionnaires de cas supplémentaires.

Au terme de l'expérimentation, en décembre 2010 le taux d'implantation de l'intégration était de 55,8%.

6.3 Le principal frein : une concertation stratégique en retrait

Le niveau et l'intensité de la concertation ont beaucoup fluctué. Alors qu'avec l'entrée dans l'expérimentation MAIA et la montée en charge des dossiers de gestion de cas, les partenaires locaux, départementaux et régionaux se sont mobilisés au cours de l'année 2009, l'année 2010 a témoigné d'une baisse importante de la concertation.

Au niveau départemental-régional, le retrait des acteurs stratégiques semble avoir 5 causes :

- 1) Un locus de motivation très externe : l'expérimentation a été vécue au niveau stratégique comme extérieure. La concertation stratégique s'est la plus part du temps transformée en comité de suivi des évolutions réalisées au niveau tactique (extériorité de l'engagement), voire de l'avancée d'un travail « d'une équipe de recherche » (extériorité du locus de l'engagement).
- 2) Un turn over institutionnel extrêmement fort avec des difficultés dans la transmission et le suivi du dossier
- 3) Un report de la responsabilité stratégique au niveau national,
- 4) Un travail d'intégration au sein de leur propre institution (avec la mise en place des ARS dans le champ sanitaire et du protocole d'articulation des services du conseil général dans le champ social),
- 5) Une incompréhension des articulations entre la table de concertation stratégique et le comité de pilotage du GCSMS.

Au terme du suivi par l'équipe recherche la concertation des instances de tutelle et de financements avait quasiment disparue. La généralisation du dispositif MAIA et le rôle confié aux ARS et Conseils Généraux pourraient constituer une opportunité de redéfinition les modalités de la concertation stratégique.

Au niveau tactique, l'entrée dans l'expérimentation MAIA s'est traduite par l'émergence et/ou la consolidation de nombreuses controverses : inscription dans un plan présidentiel Alzheimer, fatigue à l'innovation du fait d'une redéfinition des outils et mécanismes du guichet intégré, concurrences CLIC/MAIA, instabilité de l'équipe de gestionnaires de cas⁶. Parmi les conséquences, le retrait formel du CAS-VP peut constituer un frein important au travail intégratif.

6.4 Quelques messages clés

Comparativement aux autres sites d'expérimentations, les faits saillants positifs du travail intégratif mené dans le cadre de l'expérimentation Paris 20^{ème} arrondissement sont de différents ordres :

⁶ L'équipe de gestionnaire de cas du site Paris 20^{ème} est caractérisée par un turnover important. Ce turnover est expliqué à partir de deux éléments : la structure d'emploi offert (majoritairement à mi-temps) qui engendrerait des difficultés de recrutement et de stabilisation dans l'emploi, la structure d'âge (majoritairement 25-34 ans) qui conduirait à une diversité des projets familiaux (3 congés maternité) et professionnels (2 formations complémentaires, 2 départs en province). Le taux moyen de postes vacants a été de 45% tout au cours de l'expérimentation. Au terme de l'expérimentation, en décembre 2010, 80% des postes étaient pourvus.

- La mise en place d'un service de gestionnaires de cas par cofinancements inscrits dans un outil juridique intégratif : le GCSMS,
- Une équipe interdisciplinaire de gestionnaires de cas : assistants sociaux, infirmiers, ergothérapeutes, ESF,
- La mise en place d'une procédure formelle de reconnaissance de l'évaluation des gestionnaires de cas pour l'accès à prestations identique aux services du Conseil Général (DASES pour l'EMS APA) et de l'assurance vieillesse (CNAV pour Evalsud),
- Un guichet intégré basé sur un référentiel exhaustif des missions différenciées existantes sur le territoire et organisé à partir de critères d'inclusion des services du territoire (inégalement déployé dans les services dans ce dernier cas). Toutefois, les procédures communes ne sont pas encore réellement implantées.
- Un partenariat avéré entre les gestionnaires de cas et les médecins généralistes du territoire.
- Aux vues des réformes en cours et à venir dans le champ gérontologique relativement à la mise en place des outils d'orientation et de programmation de l'ARS (projet régional de santé, schéma général d'organisation des soins, schéma régional d'organisation médico-sociale) et du conseil Général (futur Schéma Gérontologique 2012-2017), le GCSMS a entamé de façon précoce dès le début de l'année 2010 et spontanée un travail de réflexion de l'échelle territoriale de la MAIA la plus pertinente au travail d'intégration des dispositifs de coordination (CLIC, Réseau de santé, filière gériatrique).

Comparativement aux autres sites d'expérimentations, les faits saillants négatifs du travail intégratif conduit dans le cadre de l'expérimentation Paris 20^{ème} arrondissement sont principalement en rapport avec la faiblesse de la gouvernance. Il s'agit en particulier de :

- Les divergences de temporalités et d'intensité de l'engagement des services administratifs et politiques de la DASES,
- L'engagement tardif de la Mairie de Paris et de l'AP-HP dans la concertation stratégique,
- La faiblesse de la communication incitative et orientative des instances stratégiques vers les instances tactiques (notes administratives, bulletins internes, etc.)

De plus, des différentiels d'attentes et donc de motivation à la participation ont pu entrer en jeu. En effet, au niveau tactique les acteurs du secteur social et ceux du secteur sanitaire ne partageaient pas les mêmes motivations à participer. Les premiers anticipaient le système d'intégration comme un moyen de consolider les pratiques de coordination déployées par le CLIC, les seconds prévoyaient d'utiliser la méthode d'intégration afin d'articuler les relations entre les sphères hospitalières et celles de la médecine de ville. Les acteurs tactiques ont ainsi procédé à une requalification des objectifs du système d'intégration, ralentissant de la sorte le travail intégratif.

Pour approfondir

Les rapports PRISMA France sont téléchargeables en ligne à la bibliothèque des rapports publics de la Documentation Française.

Rapport intermédiaire : *PRISMA France volume I : Intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action* (décembre 2008) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000078/index.shtml>

Rapport final : *PRISMA France volume II: Projet pilote sur l'intégration et la gestion de cas* (janvier 2011) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000090/index.shtml>

Sur demande les auteurs de la présente note se tiennent prêts à fournir les articles publiés.

10.5. Annexe 5 : L'aide sociale légale à l'hébergement.

Code de l'action sociale et des familles, partie législative, livre I^{er}, titre III, chapitres I à III

L'aide sociale à l'hébergement permet de couvrir une partie des frais liés à l'accueil dans différents types de structures : foyers logement, maisons de retraite, unités de soins de longue durée. Elle permet de régler une partie du tarif hébergement. (Le tarif soins est à la charge de l'assurance maladie, et le tarif dépendance peut être couvert en partie par l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement).

L'aide sociale à l'hébergement ne peut intervenir que si l'établissement d'hébergement est agréé à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Il peut s'agir d'établissements relevant du département de Paris ou d'un autre département.

L'aide sociale à l'hébergement est accordée selon certaines conditions d'âge, de résidence et de ressources :

- avoir plus de 65 ans, ou plus de 60 ans si reconnu inapte au travail ;
- résider à Paris depuis plus de trois mois. Toutefois, si le demandeur réside en établissement, il doit justifier d'une domiciliation antérieure à Paris pendant une période d'au moins trois mois à un domicile personnel ;
- les étrangers ressortissants de l'Union européenne doivent de plus justifier d'une résidence régulière en France et les étrangers non ressortissants de l'Union européenne doivent justifier d'un titre de séjour en cours de validité et d'une résidence régulière en France ;
- les ressources du demandeur, augmentées éventuellement de la contribution des obligés alimentaires (enfants et petits-enfants), doivent être inférieures au coût du tarif d'hébergement de l'établissement.

La demande d'aide sociale à l'hébergement peut être faite à tout moment :

- soit avant d'entrer en établissement. Si l'aide sociale est accordée, cette admission dite de principe est valable deux ans, passé ce délai, une nouvelle demande est nécessaire ;
- soit après l'admission en établissement (pour que l'aide sociale soit accordée à compter du jour d'entrée dans l'établissement, la demande doit être déposée dans un délai maximum de quatre mois faisant suite à l'admission en établissement).

Les demandes doivent être formulées auprès de la section d'arrondissement du Centre d'action sociale de la Ville de Paris du domicile parisien de résidence avant l'admission en établissement.

Conséquences de l'admission à l'aide sociale sur le bénéficiaire et sa famille :

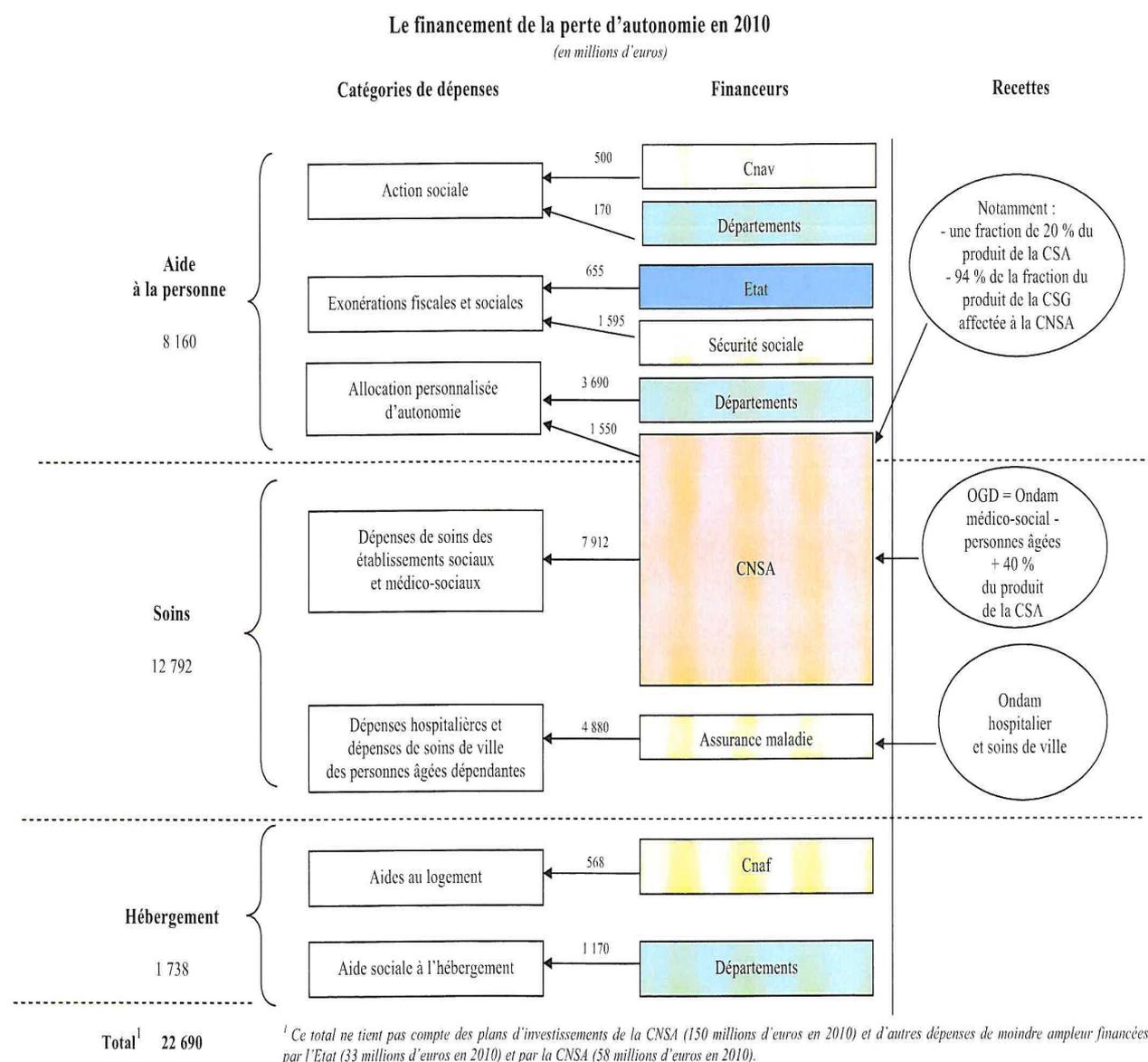
- en cas de bénéfice de l'aide sociale pour l'hébergement en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée, les ressources du bénéficiaire sont prélevées à hauteur de 90 % ;
- un minimum d'argent de poche légal mensuel, correspondant à 1 % du montant annuel du minimum vieillesse, augmenté à Paris d'un montant mensuel d'argent de poche extra-légal de 6,10 euros, est garanti et laissé à la disposition du bénéficiaire quel que soit le montant de ses revenus ;
- en cas de bénéfice de l'aide sociale pour l'hébergement en foyer logement, le prélèvement sur les revenus est effectué au-delà d'un certain seuil correspondant au montant du minimum vieillesse, augmenté à Paris du montant de l'argent de poche extra-légal de 6,10 euros ;
- les enfants et petits-enfants du bénéficiaire sont tenus de participer aux frais d'hébergement au titre de leur obligation alimentaire. Leur contribution est fixée en fonction de leurs revenus et de la composition de leur foyer.

Conséquences de l'admission à l'aide sociale sur le patrimoine :

- une hypothèque peut être inscrite sur le bien du bénéficiaire propriétaire d'un bien immobilier dont la valeur est supérieure à 38 112,25 euros ;
- Après décès du bénéficiaire, les sommes avancées par l'aide sociale pour son hébergement en établissement peuvent être récupérées sur sa succession, sans aucun seuil de récupération et dans la limite du montant de l'actif net successoral ;
- Une récupération peut également être exercée à l'encontre de la personne à laquelle le bénéficiaire a consenti une donation ou un legs ;

10.6. Annexe 6 : Le financement de la dépendance

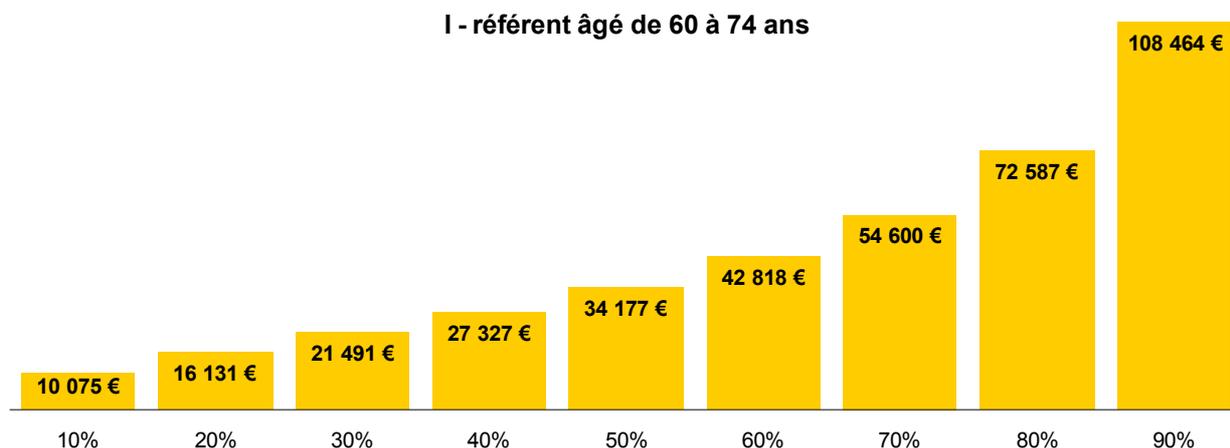
Tableau extrait du rapport d'information présenté par M. Alain Vasselle au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque (Sénat, janvier 2011).



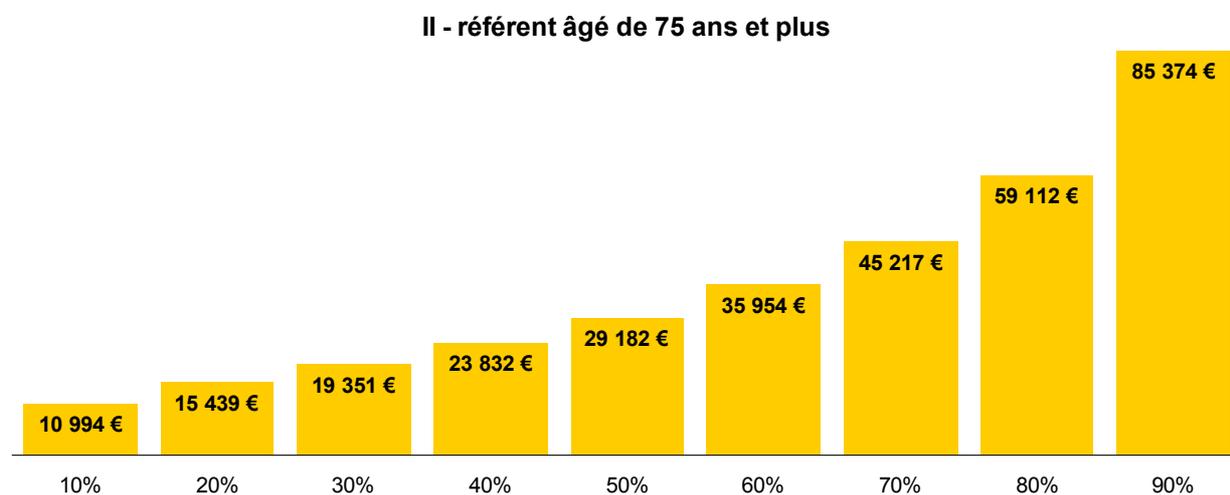
10.7. Annexe 7 : Les revenus des personnes âgées parisiennes.

Répartition des ménages parisiens par seuils de revenus déclarés (année 2008)

Source : Insee-DGFIP Revenus fiscaux localisés des ménages 2008



Lecture : 50 % des ménages parisiens dont le référent est âgé de 60 à 74 ans ont un revenu fiscal inférieur à 34 177 euros.



Lecture : 50 % des ménages parisiens dont le référent est âgé de 75 ans et plus ont un revenu fiscal inférieur à 29 182 euros.

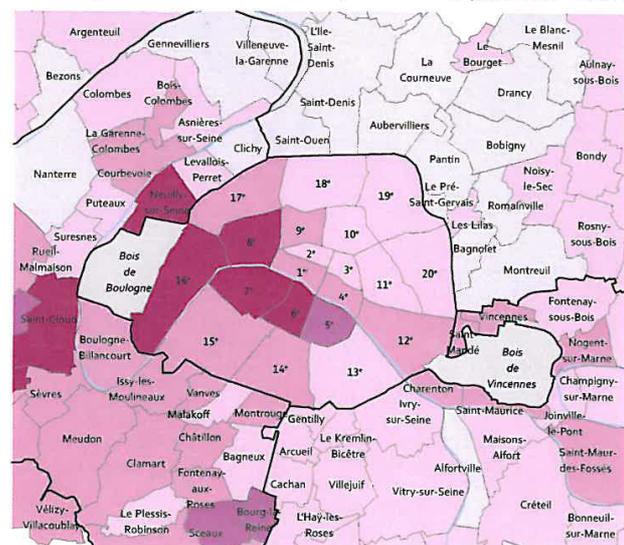
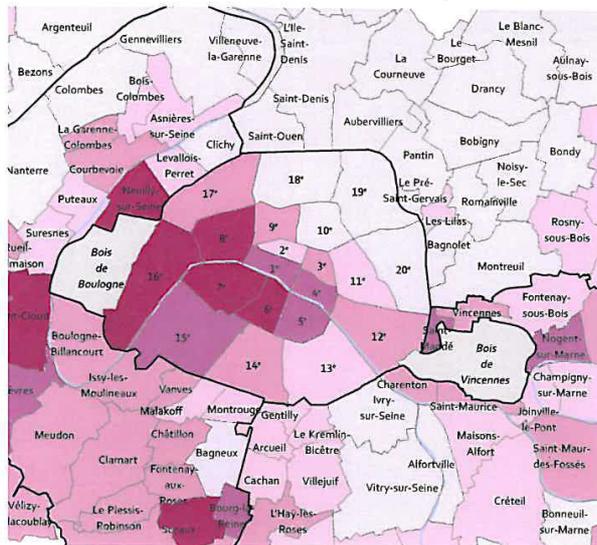
Les inégalités de revenus au sein du territoire parisien sont plus marquées pour les 60-74 ans que pour les 75 ans ou plus

15 ménages dont le référent a entre 60 et 74 ans

Moyenne Paris = 2 005 €

15 ménages dont le référent a 75 ans ou plus

Moyenne Paris = 2 086 €



revenu médian mensuel des ménages (en €)

moins de 1 500 € de 1 500 à 2 000 € de 2 000 à 2 500 € de 2 500 à 3 000 € plus de 3 000 €

Source : Insee-DGI, Revenus Fiscaux Localisés 2007

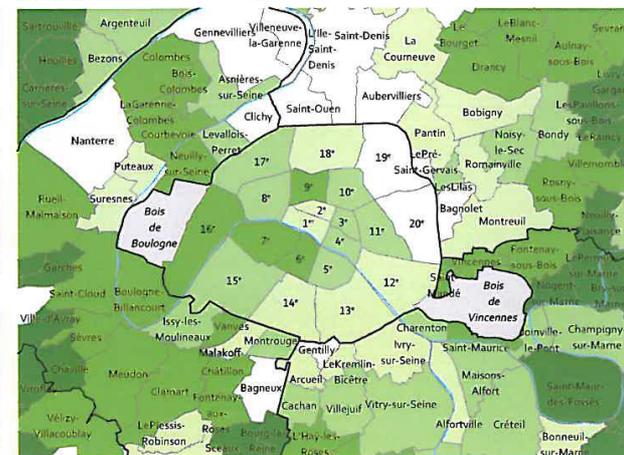
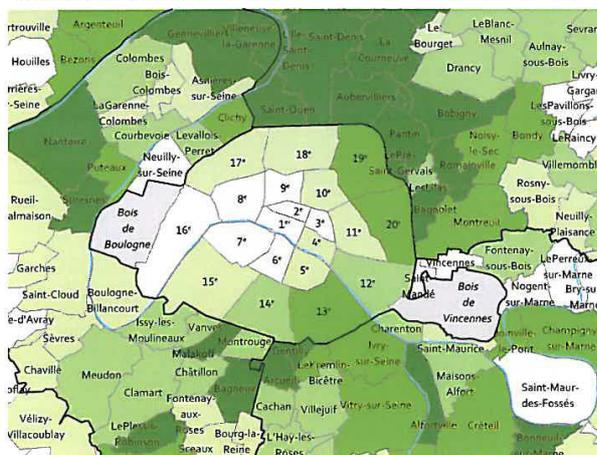
Davantage de propriétaires à l'ouest de la capitale

15 ménages locataires HLM de 60 ans ou plus

Moyenne Paris = 19,2 %

15 propriétaires de 60 ans ou plus

Moyenne Paris = 51,9 %



Part de locataires d'un logement HLM, dans les ménages de 60 ans ou plus

moins de 10 % de 10 à 20 % de 20 à 30 %
de 30 à 40 % plus de 40 %

Part de propriétaires dans les ménages de 60 ans ou plus

moins de 40 % de 40 à 50 % de 50 à 60 %
de 60 à 70 % plus de 70 %

Source : Insee, Recensement de la population 2007

Source : APUR / INSEE « Les seniors parisiens, de fortes disparités selon les quartiers » Février 2011, cartographie Anne Servais