

⇒ Exemple n°

RAPPORT
LES BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

- Août 2021 -

N° 19-08

Rapporteurs :

[.....],

[.....],

[.....],

avec la participation de [.....] et de [.....].

SOMMAIRE

NOTE DE SYNTHÈSE	3
INTRODUCTION	5
RAPPORT DE SYNTHÈSE	7
1. L'APPRÉHENSION DES BESOINS, UN ENJEU DE PRÉVISION ET D'ÉVALUATION.....	13
1.1. Des données et perspectives sociodémographiques à affiner.....	13
1.1.1. Le vieillissement de la population parisienne : une tendance durable.....	13
1.1.2. Des données socio-économiques partielles	13
1.1.3. Les incertitudes à lever	14
1.2. Des besoins insuffisamment évalués	16
1.2.1. Le maintien à domicile : un besoin à mieux mesurer	16
1.2.2. Le besoin d'accueil en établissement, des lacunes à combler	20
2. UNE OFFRE GLOBALE DIVERSIFIÉE, UN ENJEU DE LISIBILITÉ ET D'ADÉQUATION AUX BESOINS	22
2.1. Une offre globale diversifiée.....	22
2.2. La vie à domicile : une offre multiforme difficile à appréhender	23
2.3. L'offre d'hébergement : une adéquation aux besoins à réinterroger	25
2.3.1. Une connaissance de l'offre à améliorer.....	25
2.3.2. Des risques majeurs de réduction des capacités d'accueil :	26
2.3.3. La structure tarifaire de l'offre largement orientée par l'importance du secteur	
lucratif et le risque d'éviction de certaines catégories de parisiens.....	27
2.3.4. Le taux de couverture des besoins : une méthodologie d'évaluation à partager et à	
réinterroger.....	28
3. DES TENSIONS SUR LES RESSOURCES HUMAINES ET LES FINANCEMENTS À SURMONTER	29
3.1. Les tensions relatives aux ressources humaines	29
3.1.1. Des mesures récentes de revalorisation des métiers du grand âge.....	30
3.1.2. La situation du CASVP	31
3.2. Les problématiques financières.....	32
3.2.1. L'enjeu du financement des services de maintien à domicile	32
3.2.2. Le financement complexe des EHPAD et l'impact de la récente réforme tarifaire ...	33
3.2.3. La situation du CASVP	34
4. LES LEVIERS D'ACTION DE LA COLLECTIVITÉ PARISIENNE	34
4.1. Un acteur institutionnel pivot.....	34
4.1.1. L'accompagnement de la vie à domicile	34
4.1.2. Dans le domaine de l'accueil en établissement, des leviers d'action partagés.....	36
4.2. Des compétences opérationnelles	36
4.2.1. L'offre du CASVP, opérateur communal.....	36
4.2.2. Les autres domaines d'intervention de la Ville	37
4.3. Des leviers de financement à expertiser à très court terme	39
5. LES ORIENTATIONS ET PLANS D' ACTIONS PROPOSÉS	40

5.1.	Informé, orienté, accompagner pour donner accès aux droits et à l'offre.....	40
5.1.1.	Améliorer l'information générale dispensée aux seniors et à leurs proches.....	40
5.1.2.	Orienter, accompagner pour donner accès aux droits et aux prestations sociales	41
5.1.3.	Orienter, accompagner pour donner accès à l'offre disponible	42
5.2.	Prévenir et protéger.....	44
5.2.1.	Lutter contre l'isolement des personnes âgées en perte d'autonomie	44
5.2.2.	Piloter les actions de prévention de la perte d'autonomie	46
5.2.3.	Prendre soin des personnes âgées isolées dans les situations de risques sanitaires...	50
5.2.4.	Le contrôle des établissements et services et le recueil et traitement des signalements.....	52
5.2.5.	La protection des majeurs	53
5.3.	Adapter l'offre aux parcours des personnes âgées en perte d'autonomie	54
5.3.1.	Développer les formes intermédiaires de prise en charge	54
5.3.2.	Augmenter l'offre d'accueil spécialisé	57
5.3.3.	L'évolution des EHPAD	59
5.3.4.	Adapter l'offre du CASVP à court et moyen terme.....	59
5.4.	Accompagner et coordonner l'évolution de la perte d'autonomie	61
5.4.1.	Le rôle de « référent » du professionnel de l'EMS-APA.....	62
5.4.2.	Une coordination perfectible avec les autres acteurs de la Ville.....	63
5.4.3.	Un protocole d'articulation à finaliser	63
5.5.	Vers un nouveau schéma « seniors » mobilisant partenaires financeurs et opérateurs	64
	LISTE DES RECOMMANDATIONS	66
	LISTE DES ANNEXES	69

NOTE DE SYNTHÈSE

Dans la perspective du prochain schéma seniors à Paris, la présente étude tend à évaluer l'adéquation entre l'offre parisienne et les besoins présents et futurs des personnes âgées en perte d'autonomie selon une double approche quantitative, du fait du vieillissement de la population, et qualitative, via les différents modes de prise en charge analysés au regard du parcours des personnes, de l'accompagnement de la vie à domicile à l'accueil en établissement spécialisé. Dans ce cadre, l'étude intègre une analyse des aides légales et extra légales.

Si les besoins des parisiens âgés en perte d'autonomie sont appréhendés et pris en compte par les politiques publiques, ils sont à ce jour insuffisamment évalués. Les perspectives et projections démographiques qui concluent à une tendance durable à l'augmentation de la population des personnes âgées pour atteindre un pic en 2030, doivent être actualisées, affinées, et davantage territorialisées s'agissant en particulier des données socio-économiques ou de santé. Ces projections se heurtent à différents facteurs d'incertitude tels que l'hypothèse fragile d'un allongement de l'espérance de vie en bonne santé, l'incidence, difficile à évaluer, d'une meilleure prévention de la perte d'autonomie, ou encore, l'inconnue de la mobilité des parisiens âgés.

Au-delà de ces études, les besoins restent insuffisamment objectivés. La collectivité parisienne dispose pourtant de données exploitables pour appréhender d'un peu plus près ces besoins, même si les données disponibles sont partiellement représentatives et doivent être complétées par d'autres sources. Il en est ainsi dans le secteur de l'aide à domicile (les données issues des plans d'aide de l'APA ne sont pas exploitées et on ne dispose pas, par exemple, de travaux sur le taux de non recours à l'APA) ou encore dans le secteur de l'hébergement (absence de système d'information permettant d'exploiter les listes d'attente ou d'étude sur les motivations des parisiens hébergés « extra muros »).

L'offre globale est diversifiée, mais est également difficile à appréhender, notamment dans le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile.

L'approche domiciliaire est en effet particulièrement complexe au regard de la diversité des besoins qu'elle génère, d'une offre pouvant être qualifiée de multiforme et d'un nombre multiples d'acteurs.

Si l'offre d'hébergement est par nature davantage cernée, sa connaissance peut encore être améliorée, ainsi, le taux d'occupation des places habilités à l'aide sociale n'est à ce jour pas connu. De plus, un certain nombre de risques et d'incertitudes affectent ce secteur : risque de réduction des capacités d'accueil des parisiens hébergés en dehors de Paris, risque de fermeture de lits dans les USLD de l'AP-HP, risques d'éviction (en particulier des classes moyennes) liés à la structure tarifaire.

S'agissant de l'adéquation de l'offre aux besoins, les auditeurs ré- interrogent la méthodologie d'évaluation du taux de couverture des besoins d'hébergement, l'approche quantitative résultant du taux d'équipement devant être enrichie d'une démarche plus qualitative et davantage prospective, intégrant en particulier les risques ci-dessus évoqués.

Les auditeurs ont également pu constater que les difficultés rencontrées dans le domaine des ressources humaines, ou encore en matière de financement, structurelles et dont les causes dépassent le périmètre d'intervention de la Ville, ont été exacerbées dans le cadre de la crise sanitaire actuelle, et « traversent » les différents dispositifs de prise en charge, avec des conséquences potentielles sur la qualité des réponses apportées aux besoins.

Face à ces différents risques et enjeux, la collectivité parisienne dispose cependant d'importants atouts pour mener une politique de soutien aux parisiens âgés en perte d'autonomie, tout au long de leur parcours. Ces leviers résultent de son positionnement singulier : les compétences départementales qui lui sont dévolues en font un acteur institutionnel pivot, lequel dispose également de compétences opérationnelles via l'opérateur communal qu'est le CASVP.

L'offre de service du CASVP, complète et diversifiée, permet de jalonner le parcours des publics auxquels elle s'adresse : service d'aide et d'accompagnement à domicile avec le SSAD Paris Domicile, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le plus important au plan national, 23 résidences service, 15 Ehpad. Cette offre est complétée par le versement d'aides extra légales.

Ces différents constats ont conduit les auditeurs à proposer les orientations et plans d'action s'articulant autour des axes suivants :

- Informer, orienter et accompagner pour donner accès aux droits et à l'offre disponible ;
- Prévenir et protéger ;
- Adapter l'offre aux parcours ;
- Piloter les parcours et adapter l'organisation interne ;
- S'orienter vers un nouveau schéma seniors mobilisant partenaires financeurs et opérateurs, et intégrant la question spécifique du risque sanitaire et social de la gestion de crise (canicule, pandémie..).

INTRODUCTION

La perte progressive d'autonomie liée à l'avancée dans la vie constitue un processus individuel pour tout un chacun et un enjeu sociétal majeur en raison des évolutions démographiques.

Si la dimension collective est intégrée dans les politiques publiques engagées, l'approche individuelle par la prise en compte des besoins au plus près des personnes en situation de perte d'autonomie ne peut en être dissociée. La conjugaison de ces deux approches constitue un défi pour les collectivités locales, actrices de proximité.

Par lettre de saisine en date du 2 mai 2019, la Maire a demandé à l'Inspection générale de conduire une mission d'évaluation portant sur les besoins des parisiens âgés en perte d'autonomie et sur l'adéquation entre l'offre parisienne actuelle et les besoins présents et futurs. Il est demandé aux auditeurs de formuler toute proposition d'évolution par une double approche quantitative, du fait du vieillissement de la population, et qualitative, s'agissant de la prise en charge de ces besoins et de l'accompagnement à domicile ou en établissement, complétée par une analyse des aides légales et extra légales.

En amont de la préparation du prochain schéma seniors à Paris, cette mission s'est déroulée dans un contexte particulièrement mouvant et complexe :

-la publication de plusieurs rapports remis au Gouvernement en vue d'une réforme de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et ce dans la perspective d'un projet de loi « Grand âge et autonomie » ; l'adoption de la loi créant un 5^{ème} risque « autonomie » de la sécurité sociale et de très nombreuses dispositions réglementaires consécutives au « Ségur de la santé » ;

-la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID 19, qui depuis fin février 2020, frappe durement l'ensemble du secteur du « Grand âge ».

Le parti pris méthodologique a consisté à envisager le parcours de la personne en perte d'autonomie, un processus évolutif nécessitant de la part des pouvoirs publics de garantir une prise en charge individualisée pour tous sans rupture et des services coordonnés de qualité et adaptés tout au long de ce parcours singulier. Après échange avec les services, il a été convenu de centrer la mission sur les personnes âgées de 75 ans et plus.

Par son objet, la mission embrasse le champ d'une politique publique « partagée », ce domaine médico-social induisant de très nombreux partenariats : au premier rang avec l'État, essentiellement représenté par l'Agence régionale de santé pour les missions de santé et les financements de la CNSA qui lui sont délégués pour les établissements, l'aide à domicile et des actions diverses notamment de prévention ; avec un très large ensemble d'acteurs, aux statuts divers, concourant à la mise en œuvre de cette politique publique.

Acteur pivot, la collectivité parisienne de par son double statut, intervient au titre de ses compétences légales départementales -exercées par la DASES- et de ses compétences facultatives municipales, via un large panel de services et d'établissements et d'aides extra légales relevant de son opérateur communal, le CASVP. De nombreuses actions sont par ailleurs mises en œuvre ou soutenues par différentes directions de la Ville.

Selon les termes de la lettre de saisine, le rapport analyse :

-dans quelle mesure les besoins des personnes âgées sont appréhendés, au regard des études démographiques et des données disponibles ;

-les différents types d'offre jalonnant le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie : actions de prévention, accompagnement de la vie à domicile et accueil en établissement spécialisé, offre de type intermédiaire ;

-les conditions de pilotage de la politique publique.

Sur ces trois champs, des évolutions sont proposées¹.

La mission a nécessité un travail conséquent de recherche et d'analyse documentaire, les études et travaux de l'INSEE, de la DREES et de l'APUR ont notamment été exploités.

Une veille juridique a également été menée tout au long de la mission, qu'il s'agisse des dispositions proposées dans les différents rapports liés aux travaux du futur projet de loi « Grand âge » précité, des mesures contenues dans les dernières LFSS ou des mesures prises dans le cadre de la crise pandémique (déclinaison des accords du Ségur de la santé, plan de relance), en particulier en direction des personnels ou des ressources consacrées aux investissements.

Les principaux acteurs municipaux et départementaux ont été sollicités : outre l'adjointe à la Maire de Paris en charge du secteur, le cabinet de la Maire et la secrétaire générale adjointe concernée ont été rencontrés. Les auditeurs tiennent particulièrement à remercier les services de la DASES et du CASVP. La DLH a également été rencontrée et la DU sollicitée.

À destination de ces acteurs ainsi que de l'ARS et de l'APUR, des demandes précises d'informations ont été formulées sous la forme de guides d'entretien et/ou de questionnaires. De nombreux acteurs, gestionnaires de maisons des aînés et des aidants, de services à domicile ou d'établissements, ont été rencontrés sur sites.

Les auditeurs se sont efforcés de confronter les visions et les avis des principaux acteurs de la Ville et extérieurs aux questions posées par la lettre de saisine.

Les auditeurs tiennent à préciser que les dernières visites de terrain ont été déprogrammées du fait des incidences des mouvements sociaux de l'automne 2019 sur l'organisation des structures. Dans le contexte de crise liée à la Covid 19, outre l'impossibilité de finaliser les visites, la mission a volontairement décidé de suspendre toutes sollicitations envers les services de la DASES et du CASVP concernés par ses travaux.

¹ Eu égard au périmètre de la mission, certains secteurs nécessiteront un approfondissement, voire des missions complémentaires de l'Inspection générale.

RAPPORT DE SYNTHÈSE

1. L'APPRÉHENSION DES BESOINS, UN ENJEU DE PRÉVISION ET D'ÉVALUATION

1.1. Des données et perspectives sociodémographiques à affiner

1.1.1. Le vieillissement de la population parisienne : une tendance durable

Les perspectives démographiques relatives au vieillissement de la population font l'objet d'études au niveau national, régional ou parisien. Émanant à titre principal de l'INSEE, ces prévisions sont reprises et approfondies dans différentes études de la DREES ou encore de l'APUR.

Le vieillissement de la population parisienne, d'ores et déjà enclenché, devrait se poursuivre et s'amplifier dans les années à venir : ainsi sur la période 2015-2030, la population des plus de 60 ans et celle des 75 ans ou plus augmenteraient respectivement de 9% et de 30%, alors que la population totale diminuerait légèrement. Les différentes projections concluent ainsi à une hausse du poids démographique des plus de 75 ans dans les années à venir. Selon une étude de l'INSEE², 166 000 personnes âgées de 75 ans ou plus résidaient à Paris en 2013 et leur effectif pourrait s'élever à 276 000 en 2050, soit une augmentation de 66%. C'est entre 2013 et 2030 que cet accroissement serait le plus fort avec l'arrivée à ces âges des générations issues du « baby-boom », nées entre 1946 et 1975. En 2030, leur part atteindrait 10% de la population, la hausse serait ensuite plus modérée jusqu'en 2050.

1.1.2. Des données socio-économiques partielles

Les auditeurs ont pu restituer différentes données et indicateurs socio-économiques d'où ressortent les constats suivants :

-Les **niveaux de ressources** des personnes âgées à Paris sont particulièrement contrastés avec écarts de revenus de 1 à 8,3 pour les ménages de 60 à 74 ans (contre des écarts de 1 à 4,4 au niveau national), d'importants écarts sont constatés entre les arrondissements parisiens³.

- Les **taux de pauvreté** sont nettement plus importants dans le quart Nord-Est de Paris⁴ ; ainsi, malgré un niveau de revenu des parisiens plus élevé que la moyenne nationale, Paris compte une proportion importante de seniors en situation de précarité et de pauvreté⁵. Selon des données de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), l'effectif d'allocataires parisiens de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est croissant, le taux de non-recours à l'ASPA étant évalué à 31%. Le CASVP constate une augmentation régulière du nombre de bénéficiaires mais les données disponibles ne permettent pas une analyse territorialisée. En vue du prochain schéma, une saisine de la CNAV -ou de la CARSAT- sur ce point semble nécessaire.

-Le **taux de propriétaire** : seuls 16% des personnes de 65 ans et plus habitant dans l'un des 41 quartiers prioritaires sont propriétaires de leur logement, soit un peu plus que la moyenne de l'ensemble des habitants de ces quartiers tous âges confondus (13%), mais très

² Insee étude n°20, « la population à paris à l'horizon 2050 », novembre 2017.

³ Source : Apur, décembre 2018, le logement des seniors dans la Métropole du Grand Paris.

⁴ Taux général de 15,5% pour les 60-75 ans, taux de 17% dans le 19ème arrondissement, données Insee.

⁵ Sources INSEE reprises par l'Apur.

nettement moins que la moyenne parisienne (55% des personnes de 65 ans et plus sont propriétaires).

- Le **taux global de dépendance**⁶ des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à domicile s'établirait à un peu plus de 14% à l'horizon 2030⁷. Selon différentes sources (Insee, Apur) l'entrée dans la dépendance est particulièrement tardive à Paris, ayant lieu aux alentours de 85 ans contre 75 ans au niveau national. Le taux de dépendance est faible à Paris avec la moins importante entrée en institution des personnes âgées dépendantes et sévèrement dépendantes de la région d'Ile-de-France. Les auditeurs soulignent qu'aucune étude ne permet de disposer de données sur l'espérance de vie sans incapacité des parisiens, les études existantes sont générales, non territorialisées et ne distinguent pas les catégories sociales. Le non recours à l'APA, n'est pas pris en compte, alors qu'il constitue un biais certain dans l'évaluation du taux de dépendance.

- L'**isolement** des personnes âgées se traduit par une part importante de la population des plus de 60 ans vivant seule à domicile (190 000 personnes soit 41% de l'effectif total, selon le dernier schéma parisien).

En conclusion, les données disponibles doivent être actualisées et affinées pour permettre une analyse territorialisée, en particulier sur la grande variété des profils sociaux.

1.1.3. Les incertitudes à lever

Les perspectives démographiques parisiennes se heurtent à différents facteurs d'incertitude.

-L'**hypothèse fragile d'un allongement de l'espérance de vie en bonne santé** : à Paris, l'espérance de vie à la naissance est plus longue qu'au niveau national et en 2050, les espérances de vie homme/femmes demeureront les plus élevées de la région, pouvant atteindre 89,7 ans pour les hommes et de 92,3 ans pour les femmes⁸. Néanmoins, les premières études relatives aux impacts de l'épidémie de la COVID 19 montrent que certaines zones géographiques connaissent une forte surmortalité des personnes âgées lorsque leur population se caractérise à la fois par des niveaux de revenu particulièrement bas et par des logements les plus exigus.

-L'**incidence, difficile à évaluer, d'une meilleure prévention de la perte d'autonomie** : la collectivité parisienne peut actionner différents leviers pour mener des actions dans le champ préventif : sa double compétence de commune et de département, la densité et l'expérience de son réseau de partenaires (bailleurs sociaux, associations, etc.). Mais, l'absence de référentiel commun, d'évaluation et de coordination de ces actions ainsi que de l'analyse des publics, rend difficile l'appréciation de l'incidence d'une telle politique, à moyen et long terme, sur l'espérance de vie en bonne santé.

- L'**inconnue de la mobilité résidentielle future des Parisiens âgés** : un nombre significatif de parisiens âgés quittent la capitale à l'occasion de leur départ en retraite, mais aussi après 75 ans. S'agissant en particulier des Parisiens résidant en EHPAD et pour

⁶ Taux de dépendance : rapport entre la population dépendante au sens de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la population âgée de 60 ans et plus.

⁷ Contre 16% pour l'ensemble de l'Ile de France, selon l'Apur.

⁸ Sources : INSEE et DREES précitées.

lesquels le département de Paris verse l'APA, on constate que 60% d'entre eux (6 678⁹) sont accueillis dans un établissement situé en dehors de Paris, en petite couronne, en grande couronne ou en province. Cette mobilité résidentielle, susceptible de varier dans le temps est par nature difficile à prévoir. Aucune étude ne permet d'expliquer précisément si ces phénomènes sont choisis ou subis et surtout d'en mesurer l'incidence sur les besoins de services à domicile et d'accueil en établissement. Dans ce domaine particulier des mobilités des seniors et des plus âgés, de possibles évolutions dues à l'épidémie de la Covid-19 doivent être suivies avec attention.

Dans le cadre des travaux préparatoires au prochain schéma « Seniors à Paris », les auditeurs proposent de lancer un programme d'études :

Recommandation 1 : Mettre à jour et affiner les cartographies élaborées par l'APUR : la population des personnes âgées de 75 ans ; « les profils des parisiens âgés » ; « les taux de pauvreté des ménages dont la personne de référence est âgée de 75 ans et plus ; les compléter d'un volet santé et y inclure une analyse prospective à 10 ans.

La DASES indique qu'elle sollicitera l'APUR pour la mise à jour et l'enrichissement de ces cartographies. S'agissant des volets santé et prospective à 10 ans, les analyses de l'INSEE apportent un premier éclairage même si la méthodologie peut être questionnée.

Recommandation 2 : Réaliser un diagnostic social des seniors habitants les quartiers prioritaires (QPV) dans le cadre de l'évaluation du contrat de Ville 2015-2022 et des travaux de l'observatoire dédié de l'APUR.

Dans l'idéal un tel diagnostic pourrait être élargi à l'ensemble des locataires du parc social et plus globalement aux seniors pauvres habitant des logements souvent peu adaptés du parc privé et dont les loyers sont élevés.

Les portraits sociaux de territoire élaborés par la DASES comportent des données relatives aux seniors dans les QPV. En complément, la DASES pourra se rapprocher de l'APUR dans le cadre de l'évaluation du contrat de Ville 2015-2022.

Recommandation 3 : Saisir la CNAV pour une transmission des données relatives aux bénéficiaires de l'ASPA par arrondissement.

Sur ce point, la DASES précise qu'elle saisira la CNAV pour disposer d'une transmission annuelle de ces données.

⁹ Hors résidents des EHPAD du CASVP situés en dehors de Paris.

Recommandation 4 : Suivre avec attention les indicateurs de mortalité et de mobilité des parisiens âgés de 65 ans et plus, compte tenu des possibles impacts de l'épidémie de la Covid-19.

La DASES confirme l'intérêt d'un tel suivi du point de vue de l'évaluation des besoins, mais indique ne pas disposer des données correspondantes, les travaux menés jusqu'à présent avec l'Insee n'ont pas été concluants.

En conclusion, les incertitudes concernant les futures mobilités résidentielles des Parisiens âgés s'ajoutent à celles relatives à l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé pour inciter à la plus grande prudence dans l'utilisation des prévisions démographiques et dans l'évaluation des besoins de prise en charge qui en découlent.

1.2. Des besoins insuffisamment évalués

Les politiques de maintien à domicile tendent à repousser le plus possible l'âge d'entrée en établissement néanmoins inéluctable pour les personnes âgées devenues dépendantes.

Ces deux types de besoins connus, restent insuffisamment évalués à Paris. Pourtant, la collectivité, dispose de données exploitables pour appréhender d'un peu plus près ces besoins.

1.2.1. **Le maintien à domicile : un besoin à mieux mesurer**

Le dernier sondage réalisé par Odoxa¹⁰ confirme que le maintien à domicile correspond à un souhait majoritaire des français en cas de perte d'autonomie liée à l'âge. L'impact de l'épidémie de la COVID-19 devrait renforcer cette tendance. Si le maintien à domicile est ainsi largement plébiscité, la quantification de ce besoin reste à objectiver. D'un point de vue plus qualitatif, des besoins diversifiés viennent se greffer sur ce besoin prioritaire particulièrement complexe à appréhender.

Les données issues de l'APA à domicile sont partielles et insuffisamment exploitées

Les données quantitatives relatives au versement de l'APA à domicile fournissent une première approche quantifiée de ce besoin à Paris.

Selon les données transmises par la DASES, toutes modalités d'emploi confondues - emploi de gré à gré, service prestataire et mandataire -, un total de 21 234 personnes âgées ont bénéficié à Paris en 2017 des activités des SAAD prises en charge au titre de l'APA (96%) et accessoirement de l'ASL. Le nombre total d'heures totales relevant de l'APA et de l'ASL s'élève à 9,12 millions, les SAAD prestataires tarifés représentent seulement 13% du total (pour 1,4 million d'heures).

Ces données sont cependant insuffisantes pour quantifier le besoin global en raison de la problématique générale du non recours constatée sur l'APA à domicile.

En effet, **le taux d'accès des parisiens à l'APA à domicile n'a pas fait l'objet d'expertise à ce jour**. Ce contexte ne permet pas de connaître le besoin réel dans la mesure où

¹⁰ Baromètre santé : sondage ODOXA novembre 2019.

nombre de personnes âgées pourtant éligibles et pour des raisons diverses, ne perçoivent pas l'APA mais ont pour autant besoin d'une ou plusieurs aides.

Il ressort de deux études de la DREES¹¹ d'une part, que de très fortes disparités territoriales sont constatées en ce qui concerne le pourcentage de bénéficiaires¹² ou la reconnaissance de la situation de dépendance, d'autre part, que la problématique du non-recours concerne un large panel de droits fondamentaux (pensions de retraite, Aspa, sécurité sociale, CMU etc..) et d'aides sociales légales (APA ou aide sociale). Une étude qualitative menée auprès des professionnels de l'aide aux personnes âgées permet d'éclairer les raisons du non-recours à l'APA : une méconnaissance partielle ou totale du dispositif, son fonctionnement complexe, les démarches administratives à accomplir, la dématérialisation des procédures et le reste à charge, variable selon les situations, ou encore un choix personnel (faible montant de l'APA, ou décision de ne pas faire appel à une aide professionnelle).

La DASES confirme que le non recours est complexe à mesurer. Elle souligne que l'expérimentation actuellement en cours dans le 10^{ème} arrondissement initiée dans le cadre du Paris de l'action sociale vise à mieux connaître et à améliorer l'accès aux droits. Cette démarche intègre la question de l'accès à l'APA.

Des évaluations individuelles perfectibles.

En application de la loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA, l'évaluation individuelle des besoins incombe aux services du Département¹³. Elle s'effectue au domicile de la personne âgée et porte sur ses besoins d'aide et sa situation (son mode de vie, ses conditions d'habitat, l'implication de son entourage) et détermine son niveau de perte d'autonomie à partir de la grille nationale AGGIR. Depuis 2016, sont également évalués, le cas échéant, les besoins des proches aidants, dans le cadre du droit au répit instauré par la loi ASV. A l'issue de cette évaluation, est élaboré un plan d'aide diversifié qui mobilise l'ensemble des possibilités de financement qu'il s'agisse de prestations « classiques » (heures d'aide à domicile, portage de repas, téléassistance), ou plus adaptées à la situation individuelle comme des aides techniques ou des travaux d'adaptation du logement.

Les auditeurs ont constaté que les situations individuelles ne sont pas toujours réévaluées, alors qu'aux termes de la loi, une visite doit être effectuée tous les deux ans pour une éventuelle réévaluation du degré de perte d'autonomie et du plan d'aide. Dans les faits, ce suivi n'est pas systématique, seules les personnes âgées le sollicitant en bénéficiant. Le taux de dépendance et les besoins de celles « qui ne demandent rien » ne sont pas réévalués, cette situation comporte le risque de « laisser de côté » précisément les plus isolées et les plus fragiles d'entre elles.

Cette sous-évaluation des situations des bénéficiaires de l'APA pourrait aussi être source d'une sous-estimation de l'indicateur global de la dépendance à Paris.

L'absence d'évaluation globale des besoins

¹¹ Les disparités d'APA à domicile entre départements - cahiers de DREES n° 37 juillet 2019 ; Le non-recours aux prestations sociales- Dossier DREES, juin 2020.

¹² Les bénéficiaires varient de 2,6% à 9,4% d'un département à l'autre.

¹³ A Paris, l'équipe médico-sociale APA, dite ESMS APA, dépendant de la DASES.

Les données recueillies dans les plans d'aide ne sont pas exploitées dans une perspective d'évaluation globale des besoins ou de connaissance des profils des bénéficiaires parisiens de l'APA à domicile. Un recueil d'informations et la tenue de tableaux de bord doterait, pour partie, la Ville d'un outil de connaissance des besoins et de leurs évolutions¹⁴, préalables à un pilotage de l'offre.

La DASES a engagé un bilan de l'APA à domicile à l'occasion des 20 ans de cette prestation. Cette étude actuellement en cours permettra d'améliorer la connaissance des besoins pour l'adaptation de l'offre de service.

Pour conclure, l'appréciation du besoin ne peut actuellement se fonder que sur le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile. Pour ce faire, il convient d'exploiter les données disponibles dans les plans d'aide et assurer le suivi des situations en conformité avec la loi. Cette exploitation gagnera à être complétée par l'étude précitée portant sur le taux de recours à l'APA à domicile. Au regard des données transmises à l'IG (taux d'activité et file active par agent, cf. § 5.4.1), le dimensionnement de l'équipe ESMS APA doit en conséquence être réinterrogé.

Recommandation 5 : Redimensionner les effectifs de l'EMS-APA, afin de répondre à l'obligation légale de réévaluation des situations tous les deux ans et à la montée en charge du nombre de bénéficiaires.

La DASES précise qu'une priorité est accordée au traitement des premières demandes et que 4500 révisions de plans d'aide sont effectuées chaque année. La DASES ajoute que les redéploiements d'effectifs nécessaires, évalués à 12 ETP, ne peuvent être assurés dans l'immédiat.

Plus largement les fonctions et le positionnement de ce service opérationnel doivent être repensés dans le cadre de l'adaptation de l'organisation générale de l'action sociale et médico-sociale auprès des parisiens âgés incluant les Maisons des Aînés et des Aidants (M2A). (Cf. § 5.4).

Une diversité des besoins générés par le maintien à domicile :

Le développement du maintien à domicile, génère une diversité de besoins relevant de domaines multiples.

La santé avec l'objectif, d'assurer le parcours de soins par une prise en charge médicale régulière et coordonnée. Celui-ci interroge les capacités parisiennes actuelles des interventions au domicile, de médecins, de soins infirmiers (par les SSIAD ou infirmiers libéraux) et d'hospitalisation à domicile (HAD) afin de prévenir notamment les hospitalisations « évitables ».

Les rapporteurs ont recueilli au cours de leurs auditions d'importantes inquiétudes sur la réduction des visites à domicile des médecins généralistes que la télémédecine ne pourra

¹⁴ Y compris pour les situations relevant de la CNAV (convention Ville/CNAV pour les personnes évaluées en GIR 5 et 6).

intégralement compenser ainsi que sur l'insuffisante couverture des **besoins en soins infirmiers de nuit**. Les besoins vont s'accroître fortement avec le vieillissement de la population et la volonté de développer le maintien à domicile « renforcé ».

Recommandation 6 : Dans le cadre des travaux préparatoires au schéma, procéder à une analyse des besoins de soins en menant une enquête auprès des SAAD sur les difficultés rencontrées pour les prises en charge des personnes âgées par les deux SSIAD de nuit parisiens.

La DASES partage l'intérêt de cette analyse et saisira l'ARS de cette question (les SSIAD ne relevant pas de la compétence de la Ville).

-La vie quotidienne, avec l'objectif d'aider la personne âgée dans l'accomplissement des actes essentiels par des services de qualité (SAAD) comme les courses, la préparation des repas, le ménage. La multitude d'acteurs et la diversité des modes de gestion dans ce domaine, interrogent les capacités de contrôle de la qualité du service rendu et ce malgré les récentes prérogatives d'autorisation confiées aux départements ainsi que le versement de l'APA à une majorité des personnes bénéficiaires de ces services.

-Le maintien du lien social, avec l'objectif de lutter contre l'isolement de la personne âgée, en préservant ses liens avec des proches, des voisins, avec le quartier, en soutenant et en coordonnant davantage les actions de prévention portées, par les associations, les jeunes en service civiques et les bénévoles ;

-Le logement, avec l'objectif de prévenir la perte d'autonomie ou de la maîtriser, soit en adaptant celui-ci le plus tôt possible, soit en proposant à la personne l'accès à de nouvelles formes de domicile (résidences appartements, résidences autonomie etc..) ou à terme, habitat intergénérationnel, inclusif etc. ;

-L'espace urbain, avec l'objectif par son adaptation et sa sécurisation de ne pas entraver le fragile désir de mobilité venant avec l'âge, laquelle concourt grandement à la prévention de la perte d'autonomie et de l'isolement ;

-L'accueil temporaire ou séquentiel avec pour objectifs le soin, la socialisation et le soutien aux aidants. Les auditeurs n'ont pu recueillir de données relatives à une évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie plus avancée pour lesquels ces dispositifs sont conçus. Par ailleurs, pour les deux dispositifs, certaines hypothèses comme le reste à charge nécessiteraient d'être expertisées.

- Le faible taux de fréquentation constaté de certains **centres d'accueil de jour** (CAJ) ne peut être interprété comme une absence de besoin. Face au décalage entre une demande potentielle forte et une activité « au ralenti », au vieillissement de la population parisienne et à une augmentation corrélative des pathologies visées, la question de l'information sur l'accueil de jour, notamment par les médecins généralistes, et de sa valorisation est essentielle.
- S'agissant de l'hébergement temporaire, le nombre de places dédiées apparaît faible mais en l'absence de données sur les taux d'occupation et les listes d'attente éventuelles, les besoins actuels et à venir ne peuvent être estimés. Là aussi, les modalités d'information notamment auprès des proches aidants sont déterminantes.

-L'aide aux aidants, avec l'objectif de prévenir leur épuisement et leur isolement par l'organisation de dispositifs de répit et de soutien (par exemple, rôle et actions des M2A, les cafés des aidants etc.). Les auditeurs ont constaté que les données parisiennes ne sont

pas connues, l'absence de recensement exhaustif et de bilan global des actions menées, d'analyse de leur fréquentation, mais aussi de leur coût ne permettent pas de mesurer les besoins dans ce domaine.

1.2.2. Le besoin d'accueil en établissement, des lacunes à combler

Le besoin d'accueil en établissement est à ce jour insuffisamment évalué, qu'il s'agisse de l'évaluation des besoins actuels ou prévisionnels. Quelques données ou indicateurs peuvent néanmoins combler ces lacunes, l'évaluation du besoin actuel peut notamment s'appuyer sur l'exploitation de sources d'information d'ores et déjà exploitables.

L'exploitation des listes d'attente et la mise en place du dossier unique de demande d'admission

Les listes d'attente des établissements : la collectivité parisienne ne dispose pas d'un système organisé de gestion des listes d'attente ou tout du moins d'une obligation de remontée régulière des données par les gestionnaires. Cette situation compromet tout pilotage du dispositif par évaluation des besoins. Pour y remédier, le schéma gérontologique parisien 2012-2016 avait retenu le principe de « *l'actualisation périodique des besoins, à partir d'une analyse des listes d'attente en EHPAD et des taux de rotation dans ces établissements* ».

Grâce aux technologies modernes et au dossier unique de demande d'admission en EHPAD imposé désormais par les textes, il devrait être possible à terme de disposer d'un système d'information et de coordination efficace.

Les rapporteurs préconisent la mise en place, sous l'égide de la DASES et de l'ARS d'Ile-de-France, **d'un système d'information sur les demandes d'hébergement** associant l'ensemble des gestionnaires concernés, quel que soit leur statut. Les négociations autour des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pourraient être l'occasion de construire un système d'information sur ce point.

Recommandation 7 : Mettre en place un système d'information coordonné des demandes d'accueil en établissement spécialisé (EHPAD, PUV, hébergement temporaire) en s'appuyant sur le dossier unique de demande d'admission.

La DASES précise qu'un système d'information existe déjà (Via Trajectoire) mais non systématiquement utilisé dans le champ des personnes âgées, contrairement au champ du handicap. L'adaptation ou la reconfiguration de cet outil sera posée dans le cadre du futur schéma en lien avec l'ARS et les gestionnaires.

L'évaluation des motivations des parisiens hébergés extra muros

On constate que 67% des parisiens résidant en EHPAD et pour lesquels la collectivité parisienne verse l'APA, (soit 6 678¹⁵) sont accueillis dans un établissement situé en dehors de Paris, dans les départements d'Ile de France et de province. Sur ce point, faute d'éléments, les auditeurs n'ont pas été en mesure d'évaluer les tendances au cours des 10-15 dernières années.

¹⁵ Hors bénéficiaires de l'APA en établissement accueillis dans les EHPAD du CASVP situés en dehors de Paris.

Cette situation particulière peut s'expliquer par le plus faible taux d'équipement en nombre de places en Ehpad à Paris, et également résulter d'un niveau de reste-à-charge sur le tarif d'hébergement plus élevé en moyenne que celui observé en Île-de-France et plus encore en province.

De nombreux Parisiens âgés en perte d'autonomie sont, de fait, amenés à quitter la capitale à l'occasion de leur entrée en établissement ou bien à rester au domicile (le « non-choix du domicile ») ou bien encore à ne pas y revenir après en être partis lors de leur passage à la retraite. Les seuls indicateurs disponibles sur ce point sont les effectifs des bénéficiaires parisiens de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) accueillis en dehors de Paris, ces éléments ne permettent pas d'expliquer les causes réelles de ces accueils hors Paris.

Les auditeurs recommandent la réalisation d'une enquête auprès des parisiens bénéficiaires de l'APA résidant en EHPAD situés hors Paris afin d'apprécier les motivations qui ont prévalu à cette mobilité.

Recommandation 8 : Mener une enquête auprès des parisiens bénéficiaires de l'APA résidant dans un EHPAD situé hors Paris (hors établissements du CASVP) Afin d'apprécier les motivations qui ont prévalu à la mobilité.

La DASES précise qu'en complément d'une étude du CREDOC, l'observatoire de la DASES a engagé une enquête en cours de finalisation.

Une évaluation du besoin prévisionnel à décroiser

Il s'agit de penser le besoin dans une logique de parcours de la personne en situation graduelle de perte d'autonomie.

Les parisiens âgés en perte d'autonomie entrent plus tardivement dans la dépendance (aux alentours de 85 ans), avec une entrée en institution moins importante qu'en Ile de France ou au plan national. Les données recueillies sur les dix dernières années (2009/2019) par le CASVP et la DASES confirment une tendance à l'augmentation du niveau de dépendance des résidents des Ehpad parisiens¹⁶.

Les études et projections démographiques doivent être aujourd'hui approfondies, tendre à lever les différents facteurs d'incertitude identifiés, et proposer différents scénarii d'évolution permettant d'éclairer les décisions à prendre en fonction des hypothèses sociodémographiques retenues : allongement ou non de l'espérance de vie en bonne santé, mobilité résidentielle des Parisiens âgés, réduction ou non du nombre de places disponibles pour des Parisiens en banlieue et dans une moindre mesure en province, en USLD, évolution du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Sur les besoins et à pratiques inchangées, la DREES¹⁷ évalue dans sa dernière étude, la nécessité de doubler le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012 afin d'accueillir

¹⁶ Les études démographiques prévoient un taux global de dépendance des parisiens âgés de 75 ans ou plus vivant à domicile s'établissant à un peu plus de 14% à l'horizon 2030.

¹⁷ Etudes et résultats n° 1172 « perte d'autonomie ; à pratiques inchangées, 108 000 séniors de plus attendus en Ehpad d'ici 2030 » -décembre 2020. Travaux effectués selon le modèle Lieux de vie et Autonomie (LIVIA).

108 000¹⁸ résidents supplémentaires entre 2019 et 2030 puis 211 000 entre 2030 et 2050. Selon les scénarios choisis par la Ville, ce besoin pourrait être minoré par une création conséquente de nouvelles résidences autonomie (cf § 5.3.1 ci-après), les Ehpad se concentrant alors sur l'accueil des personnes âgées des plus dépendantes.

Recommandation 9 : Mener deux études ciblées sur les besoins en EHPAD¹⁹ et en résidences autonomie puis réaliser une étude croisée permettant de dégager des scénarios sur les besoins de création pour ces deux types de structures. Envisager la prise en compte de ces créations dans le cadre du programme logements de la mandature.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DASES souligne la difficulté de cette évaluation qui devrait être réalisée en lien avec l'ARS et tenir compte de la diversification des solutions proposées (Ehpad hors les murs, maintien à domicile renforcé, habitat inclusif). L'Inspection générale confirme la nécessité de cette étude au regard des prévisions démographiques et du nombre de Parisiens hébergés hors Paris.

2. UNE OFFRE GLOBALE DIVERSIFIÉE, UN ENJEU DE LISIBILITÉ ET D'ADÉQUATION AUX BESOINS

2.1. Une offre globale diversifiée

Le rapport met en lumière²⁰ la constitution progressive d'une offre globale diversifiée, dont le spectre actuel s'échelonne du maintien à domicile jusqu'à l'accueil en établissement spécialisé, en direction des personnes âgées en perte d'autonomie puis s'acheminant vers la dépendance.

Des dispositifs d'information, d'orientation et de coordination constituent le « socle » conditionnant l'accès aux droits et à l'offre.

¹⁸ Qui viendraient s'ajouter aux 611 000 résidents sur les places existants en 2019.

¹⁹ Incluant les Petites Unités de Vie (PUV).

²⁰ Dans sa partie 4 : l'offre parisienne, état des lieux et évolutions possibles.

Tableau 1 : L'offre globale à destination de Parisiens en perte d'autonomie

-Information, orientation et coordination : 6 Maisons des aînés et des aidants (M2A) ;

-Accompagnement du maintien à domicile : 226 services prestataires et mandataires dont 22 services habilités à l'aide sociale ; 20 SSIAD, dont 2 SSIAD de nuit ; plusieurs SPASAD dont celui de CASVP en cours d'agrément; particuliers employeurs.

--Hébergement permanent : 78 Ehpad dont 15 Ehpad publics gérés par le CASVP – non compris un Ehpad en cours de restructuration - ; total de 8026 places ; 1031 places en USLD.

-Dispositifs intermédiaires : 47 résidences autonomie au total dont 23 résidences services du CASVP ; 20 centres d'accueil de jour ; 23 dispositifs d'hébergement temporaire.

- Actions diverses, menées par la Ville ou soutenues par subventionnement à des associations : lutte contre l'isolement, prévention de la perte d'autonomie, facilitation du cadre de vie, adaptation du logement, accompagnement dans les démarches...

Source : IG d'après données DASES

Cette offre est étayée par l'attribution d'aides. Les aides légales relevant de la collectivité parisienne au titre de ses compétences départementales (telles que APA ou l'aide sociale), soutiennent le maintien à domicile ou l'accueil spécialisé en établissement (cf. § 4.4.7). Elles sont complétées par des aides extra légales attribuées par le CASVP en direction de publics dont la situation justifie un soutien particulier.

2.2. La vie à domicile : une offre multiforme difficile à appréhender

L'accompagnement du maintien à domicile se caractérise par une offre multiforme, de services ou d'actions, gérés ou mis en œuvre par une grande diversité d'acteurs.

S'agissant des **services d'aide à domicile**, Paris compte 186 services prestataires, 22 étant habilités à prendre en charge des bénéficiaires de l'aide sociale légale²¹. Les autres services prestataires sont dans leur très grande majorité (à plus de 70%) des entreprises commerciales et pour le reste des associations ou entités non habilitées au titre de l'aide sociale. À cette multitude d'opérateurs, s'ajoute la modalité de l'emploi direct dit de gré à gré, la personne âgée, particulier employeur recrutant elle-même, négociant le nombre d'heures de travail, le tarif horaire et effectuant les formalités administratives. La collectivité parisienne, comme les autres départements est actuellement dans l'impossibilité de connaître le volume total d'activité véritablement dispensé sur son territoire²².

²¹ 16 relevant du secteur associatif et 6 du SAAD Paris domicile du CASVP.

²² Le volume total d'heures au titre du versement de l'APA à domicile ne correspond pas au total de l'activité réellement exercée.

Au-delà des prestations des services d'accompagnement à domicile, une diversité d'actions sont engagées ou soutenues par la collectivité parisienne pour faciliter la vie des personnes âgées, dans leur logement ou dans la Ville.

La difficulté de « l'approche domiciliaire » tient en effet à la multiplicité des acteurs et des actions entreprises dans de multiples domaines qui pour certains ne relèvent pas des prérogatives de la collectivité parisienne²³.

Les auditeurs se sont attachés à analyser deux axes d'intervention prioritaires que sont la lutte contre l'isolement et la prévention de la perte d'autonomie (cf. supra § .5.2). Cette analyse les a conduits à constater d'une part, l'absence de recensement des actions menées, et conséquemment, l'absence d'évaluation de l'adaptation de ces actions aux besoins locaux.

Les auditeurs se sont ainsi heurtés à l'absence de cartographie de l'offre dans ses différentes composantes, tous types d'opérateurs.

Un rapprochement cartographique entre le lieu de domiciliation des personnes âgées et les différents dispositifs d'accompagnement du maintien à domicile est nécessaire pour appréhender la couverture du besoin, qu'il s'agisse des services eux-mêmes (SAAD ou SSIAD) ou des diverses actions associatives de facilitation du cadre de vie. Un tel rapprochement serait également souhaitable pour les dispositifs d'offre de type intermédiaires tels que les accueils de jour ou dispositifs d'hébergement temporaire.

Ce caractère multiforme de l'offre accentue encore les problématiques de lisibilité, d'information et d'orientation d'une part, de coordination autour du parcours de la personne d'autre part.

L'étendue du champ dans lequel s'inscrit ce faisceau d'actions implique en effet la mise en mouvement et la coordination d'un grand nombre d'acteurs intervenant à différents niveaux :

-Pour la régulation ou le financement de services ou d'aides, des administrations de l'État (ARS, DIRECCTE, ANAH), et du Département, des organismes de protection sociale (assurance maladie, CNAV, CARSAT et autres caisses de retraite), le Département pour l'aide sociale légale, mais aussi pour le soutien aux associations intervenant dans divers champs : lien social, prévention, le CASVP, au titre de l'aide municipale facultative etc. ;

-Pour la fourniture de services, des opérateurs publics (hôpitaux, centres de santé, CASVP), des bailleurs sociaux, des associations de la loi de 1901 ou des structures commerciales, des professionnels libéraux de santé, des salariés employés directement par une personne âgée, des aidants familiaux etc.

À défaut d'appréhension globale du besoin, et face à une offre multiple et non recensée, l'adéquation de l'offre aux besoins actuels et à venir ne peut être actuellement appréciée.

Dans ces conditions, l'Inspection générale préconise l'élaboration d'une cartographie globale de l'offre d'accompagnement du maintien à domicile (services, actions et acteurs).

En réponse à cette préconisation, la DASES indique qu'il existe plusieurs cartographies ou recensements sur l'offre. Ainsi, les M2A élaborent des cartes pour leurs territoires. En termes d'information des parisiens, le site monaideadomicile.paris.fr, comparateur des services d'aide à domicile à Paris, leur permet d'avoir une connaissance précise de l'offre

²³ La diversité des besoins précédemment cités, à titre non exhaustif : santé, logement, vie quotidienne, vie sociale, espace urbain et transports.

en matière d'aide à domicile : prestations proposées, tarifs, et également un indice de satisfaction (enquête annuelle réalisée auprès des bénéficiaires APA et PCH). Enfin, les SAAD interviennent souvent sur l'ensemble du territoire parisien, ce qui rend difficile la réalisation d'une cartographie globale.

L'Inspection générale prend note des difficultés méthodologiques évoquées mais maintient sa préconisation qui vise à améliorer le pilotage de l'offre, et s'inscrit en outre dans le cadre de l'engagement Paris, Ville du quart d'heure. Elle propose qu'à minima les cartes des M2A respectent une matrice ou référentiel commun.

2.3. L'offre d'hébergement : une adéquation aux besoins à réinterroger

2.3.1. Une connaissance de l'offre à améliorer

L'offre d'hébergement propose des services et prestations encadrés.

Paris compte 78 EHPAD représentant un total de 8 026 places, dont 5 075, soit 63%, sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Sur les 78 établissements, 73 sont situés dans Paris intra-muros et totalisent 7 199 places dont 4 248, (59%), sont habilitées à l'aide sociale.

Les établissements privés commerciaux arrivent en première position en nombre, mais leur capacité totale en places est inférieure à celle du secteur privé non lucratif.

Alors qu'il est majoritaire sur le plan national, le secteur public parisien se situe en troisième position avec un peu plus de 26% des places au total²⁴. Cette situation atypique s'explique notamment par une présence importante du secteur privé à but lucratif qui peut être attiré par le fort pouvoir d'achat d'une partie des séniors parisiens.

S'agissant de l'aide sociale, le secteur public est habilité pour la totalité de sa capacité, le secteur associatif à près de 51% et le secteur lucratif à un peu plus de 6%. Sur les dix dernières années (2009/2019), l'évolution du GMP (GIR moyen pondéré départemental), reflète une entrée en établissement de personnes âgées de plus en plus dépendantes, le nombre de personnes en GIR 1 ayant augmenté de 53 à 60%.

Dans ce secteur néanmoins, certaines données pourraient être recueillies pour parfaire la connaissance de l'offre.

Dans les Ehpads, le taux d'occupation des places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) n'est pas connu. Sur le total des places en Ehpads, 63% sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'ASH, près de 84% d'entre elles (soit 4 248) sont situées intra-muros. L'ASH n'est accessible qu'aux personnes disposant de revenus très faibles. Or, les taux d'occupation effective des places -qu'il s'agisse des places d'Ehpads habilités à l'ASH pour 100% de leur capacité ou des places habilitées à l'ASH relevant d'Ehpads à double tarif- ne sont pas disponibles. Cette lacune fausse l'évaluation du nombre de places en EHPAD à double tarif pour lesquelles peut en réalité s'appliquer un tarif libre.

La connaissance réelle de l'offre parisienne est sur ce point imparfaite, l'existence ou l'absence d'un besoin supplémentaire en places habilitées à l'ASH ne peut être appréciée ni mesurée.

²⁴ Dont 39% sont situées hors Paris, avec une majorité d'établissements localisés en première couronne

Recommandation 10 : Élaborer un tableau de bord afin d'évaluer et de suivre annuellement et par établissement le taux d'occupation des places habilitées à l'aide sociale (par les bénéficiaires de l'ASH départementale et de l'aide sociale d'État).

Le même constat concerne également les 47 résidences-autonomie²⁵. Compte tenu de leur rôle nouveau et prépondérant dans l'offre domiciliaire destinée au public âgé, les rapporteurs préconisent la réalisation d'une étude concernant les bénéficiaires de l'aide sociale départementale et les bénéficiaires de l'aide sociale de l'État dans ces établissements.

Recommandation 11 : Procéder à une étude permettant d'évaluer le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale et d'État (effectif, situation etc...) dans les résidences autonomie autres que celles gérées par le CASVP. Suivre de façon régulière l'effectivité de l'occupation des places actuellement habilitées.

La DASES indique dans sa réponse pouvoir faire remonter les données sur l'aide sociale départementale, notamment dans le cadre du dialogue de gestion avec les gestionnaires mais s'interroge sur la valeur ajoutée de ces données au regard de la lourdeur qu'implique leur traitement.

L'Inspection générale confirme la nécessité de connaître les taux d'occupation des places habilitées pour les deux catégories d'aide sociale (l'aide sociale de l'État étant en progression). Un meilleur contrôle s'impose sur l'effectivité de cette occupation pour un meilleur pilotage de l'offre.

2.3.2. Des risques majeurs de réduction des capacités d'accueil :

Ces risques majeurs correspondent aux constats suivants (Cf.4.4.4 et 4.4.5):

-Le risque d'une **réduction des capacités d'accueil dans des EHPAD de banlieue et de province** est lié à l'évolution démographique en particulier des collectivités franciliennes lesquelles vont être confrontées au phénomène de vieillissement de leurs populations à l'instar de la Ville de Paris. Selon une étude de l'APUR²⁶, sur la période 2020-2030, l'effectif des personnes âgées de 75 ans ou plus et dépendantes s'accroîtrait de 11,6% à Paris et de 19,5% dans le reste de l'Île-de-France. Le risque d'une réduction mécanique des possibilités d'accueil en établissement « extra muros » des parisiens doit être anticipé. Une recommandation est émise en ce sens²⁷.

- Le risque de **fermeture de nombreuses places d'USLD** dont l'intégralité fait l'objet d'une habilitation à l'aide sociale (ASH) est lié à un projet de l'AP-HP, visant à fermer, d'ici à 2024, un total de 1 061 places d'USLD, soit près de la moitié des places existantes,

²⁵ Le ratio global de places habilitées est de 66%, 90% d'entre elles sont gérées par le CASVP.

²⁶ Décembre 2018, le logement des seniors dans la Métropole de Grand Paris.

²⁷ Cf. infra § 1.1.2 recommandation n°10

dont 300 à Paris. Outre les établissements parisiens concernés, ceux de banlieue et celui de province, accueillent également une forte proportion de Parisiens dont de nombreux bénéficiaires de l'aide sociale. L'argument selon lequel 50% des patients des USLD ne relèveraient pas d'une prise en charge médicale mais d'une prise en charge en EHPAD est discutable. La fermeture des trois Ehpads gérées par l'AP-HP et situés en banlieue est également prévue. Les auditeurs recommandent de prendre l'attache des départements d'Ile-de-France concernés et, sur la base des données quantitatives du nombre de patients Parisiens accueillis en USLD susceptibles de fermeture, saisir l'AP-HP et l'ARS pour obtenir les informations sur leur situation médicale et sociale²⁸.

Recommandation 12 : Évaluer le nombre de Parisiens bénéficiaires de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement accueillis dans des USLD de l'AP-HP situés à Paris et hors Paris susceptibles de fermeture dans les années à venir. Prendre l'attache des départements d'Ile-de-France également concernés. Saisir l'AP-HP et l'ARS pour obtenir les informations sur la situation médicale des patients

La DASES indique poursuivre le dialogue déjà engagé avec l'AP-HP et les autres départements franciliens. L'IG confirme la nécessité de poursuivre et d'approfondir ce dialogue avec l'AP-HP, les autres départements franciliens et l'ARS pour obtenir les données relatives aux parisiens concernés.

Les auteurs estiment que cette double situation ; réduction des possibilités d'accueil en EHPAD situés hors Paris et fermeture de places en USLD, associées aux projections démographiques, constitue un risque potentiel pour la collectivité parisienne chargée d'organiser l'offre médico-sociale et de répondre aux besoins de ses habitants.

2.3.3. La structure tarifaire de l'offre largement orientée par l'importance du secteur lucratif et le risque d'éviction de certaines catégories de parisiens

Il ressort de l'analyse des tarifs d'hébergement en Ehpads qu'une proportion conséquente de l'offre parisienne est proposée à des tarifs d'hébergement élevés, en partie dus au coût du foncier ainsi qu'à une adaptation de l'offre à une demande caractérisée par une proportion importante de résidents aux revenus élevés.

-63% des places sont habilitées à l'ASH, leur tarif (tarif mensuel moyen à 2 599,66 €) permet d'accueillir les personnes âgées les plus défavorisées, mais les résidents payant un tarif libre peuvent être accueillis sur les places disponibles²⁹, ce qui conduit à relativiser ce pourcentage élevé de place habilitées à l'ASH.

-les places en tarif libre représentent 37% du total des places et 41% des places situées intra-muros. Le tarif libre est particulièrement onéreux, tous modes de gestion confondus, (secteur privé lucratif et non lucratif), avec des écarts très marqués au sein de cette catégorie (le tarif libre mensuel moyen est de 4553€).

La structure tarifaire parisienne se caractérise ainsi par une dispersion risquant de générer un certain décalage au regard des caractéristiques socio-économiques de la population des 75 ans et plus, même si leur situation est globalement plus favorable qu'à l'échelon

²⁸ Dans la limite de ce qui est juridiquement transmissible entre médecins (médecins de l'équipe médico-sociale APA)

²⁹ La recommandation n°13 vise à connaître précisément le taux d'occupation de ces places.

national. Cette offre tarifaire apparaît insuffisamment adaptée à une fraction des classes moyennes, alors que celle-ci est majoritaire parmi les Parisiens âgés.

Les auditeurs proposent d'agir « modestement » sur le coût de l'hébergement par la mise en place d'un surloyer solidaire permettant une plus grande mixité sociale. Fixé par le gestionnaire de façon à être supportable, le supplément journalier est calculé à partir d'un barème de ressources. Dans ce dispositif, les résidents les moins aisés s'acquittent d'un tarif plus faible que les résidents les plus aisés.

Recommandation 13 : Étudier pour chaque gestionnaire d'EPHAD parisiens la possibilité de mettre en place un « surloyer solidaire », les résidents finançant leur hébergement en fonction de leurs moyens pour un service rendu identique.

La DASES indique que cette mesure doit être portée au niveau national et faire l'objet d'une expertise juridique. L'Inspection générale encourage la DASES à saisir officiellement le Ministère des solidarités et de la santé et à se rapprocher des associations ayant mis en place dans certains départements ce dispositif depuis plusieurs années.

2.3.4. Le taux de couverture des besoins : une méthodologie d'évaluation à partager et à réinterroger

Le taux d'équipement est l'indicateur de référence utilisé pour la planification de l'offre médico-sociale dans les schémas gérontologiques départementaux et les projets régionaux des ARS. Il se construit à partir des projections démographiques de l'INSEE et d'études diverses, dont celles de la DREES. Il ressort de ces études que le taux d'équipement parisien est l'un des plus faibles de l'Ile de France, et l'un des plus bas en France³⁰ : fin 2015, le taux d'équipement parisien, de 15 places pour 100 personnes dépendantes, était, après celui de la Seine-St-Denis (14,7), le plus faible d'Ile-de-France (19,6 places) et l'un des plus bas en France (24,3 places pour la France métropolitaine). A fin 2017, l'offre de places d'hébergement permanent toutes catégories³¹ était de 126 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus à Paris contre une moyenne nationale de 146 et une moyenne de 140 pour l'Ile-de-France³².

Les rapporteurs n'ont pas manqué d'émettre des réserves sur la méthodologie et les projections effectuées à l'appui du « statu quo » retenu par le dernier schéma gérontologique parisien (2017/2021) concernant la couverture du besoin d'hébergement à Paris et l'absence de programmation de nouvelles places en Ehpad.

Différents facteurs afférents aux publics doivent en effet être pris en compte comme les importantes disparités sociales et socio-économiques parisiennes, le non recours à l'APA (qui rend partielle l'analyse reposant sur le niveau de dépendance des seuls bénéficiaires de l'APA), le taux de « migration » vers les Ehpad extérieurs qui ne peut être considéré

³⁰ Études INSEE « Un quart de personnes âgées dépendantes supplémentaires en Ile de France à l'horizon 2030 » - avril 2019 ; « taux d'équipement et capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissements au 31/12/2017 » - Décembre 2019

³¹ EHPAD, maisons de retraite non médicalisées, résidences autonomie, USLD.

³² On note une certaine inconstance des établissements pris en compte selon les études relatives au taux d'équipement. Les places des EHPAD du CASVP situées hors Paris ne sont pas toujours comptabilisées comme des places parisiennes, mais comme relevant des données relatives à leur département d'implantation. Cette présentation se retrouve également sur les sites d'information destinés au public.

comme acquis sans investigation adéquate, face au risque d'un resserrement des capacités d'accueil franciliennes hors Paris. L'impact du risque de fermeture de lits en ULSD précité doit également être évalué. Les auditeurs estiment ainsi que la collectivité doit réinterroger de façon plus « qualitative » l'adéquation de l'offre d'hébergement aux besoins.

3. DES TENSIONS SUR LES RESSOURCES HUMAINES ET LES FINANCEMENTS À SURMONTER

3.1. Les tensions relatives aux ressources humaines

Face à la hausse attendue du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie dans les prochaines années, la pénurie de personnel constitue un risque à anticiper. Les tensions rencontrées sont notamment soulignées dans les deux récents rapports remis au gouvernement³³.

La **faible attractivité des métiers du maintien à domicile** se traduit par les difficultés de recrutement rencontrées par les SAAD³⁴.

Un axe essentiel des rapports porte sur la nécessité d'assurer de meilleures conditions d'emploi et de rémunération des accompagnants à domicile, notamment en rénovant les conventions collectives applicables aux SAAD dont certaines prévoient des niveaux de rémunération très faibles, même après plusieurs années de carrière. Les conditions d'exercice de ces métiers doivent également être améliorées : favoriser les temps collectifs et mieux valoriser les savoirs professionnels ; renforcer la prévention des accidents du travail ; faire évoluer les formations et les compétences pour mieux préparer les professionnels aux attentes nouvelles ; ouvrir des perspectives de carrière pour fidéliser les personnels.

Le secteur de l'hébergement est également confronté à d'importantes difficultés de recrutement et de fidélisation, accrues dans le contexte de l'épidémie de la COVID 19.

Le renouvellement des personnels est rapide : au niveau national, 15% ont moins d'un an d'ancienneté, 81% des EHPAD déclarent avoir des postes vacants (dont 62% depuis plus de six mois) et 82% jugent ces difficultés constantes³⁵.

Cette situation a nécessairement un impact sur le taux d'encadrement³⁶ dont bénéficient les résidents et constitue un facteur de risque majeur pour ces derniers, mais aussi pour les professionnels (taux d'accidentologie au travail et d'absentéisme élevés).

L'implantation géographique amplifie le phénomène, les Ehpads situés dans l'unité urbaine de Paris sont particulièrement touchés par des difficultés à recruter des aides-soignants et des infirmiers, ce qui peut s'expliquer par l'éloignement du lieu de résidence d'un

³³ Rapports de Mme El Khomri sur les « métiers du grand âge » remis en octobre 2019 ; Rapport de M. Libault « Grand âge et autonomie » remis en mars 2019.

³⁴ Ces difficultés concernent notamment les professionnels titulaires d'un diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (AES), d'auxiliaire de vie sociale (AVS) ou d'aide médico-psychologique (AMP).

³⁵ Données UNIOPSS-URIOPSS, septembre 2019.

³⁶ Jugés insuffisants depuis de nombreuses années par l'ensemble des acteurs.

personnel essentiellement féminin confronté à des horaires atypiques dans un contexte de très forte concurrence au sein même de l'Ile-de-France.

Les SSIAD rencontrent aussi de nombreuses vacances de postes sur ces deux métiers.

Les entretiens menés dans le cadre de la mission indiquent une généralisation de ces difficultés, révélatrices « du manque d'attractivité et de valorisation des métiers du grand âge » pointés dans les deux rapports précités et plus récemment par le « Ségur de la santé ».

3.1.1. Des mesures récentes de revalorisation des métiers du grand âge

- En direction des personnels des Ehpad :

Les décisions issues du « Ségur de la Santé », initié pendant la crise sanitaire de la Covid-19, comportent un volet ressources humaines à destination de certains personnels des EHPAD publics. Différentes mesures indemnitaires et indiciaires ont d'ores et déjà fait l'objet de décrets d'application : prime Grand âge³⁷, prime Covid et complément de traitement indiciaire (CTI)³⁸ de certains personnels hospitaliers et d'EHPAD relevant de la fonction publique hospitalière (FPH). À la connaissance des auditeurs, les personnels médicaux des SSIAD ne sont pas concernés.

La prime Grand âge ainsi que la première prime Covid et les mesures indemnitaires, ont été, plus tardivement, rendues applicables par décret aux personnels de la FPT.

La loi de financements de la sécurité sociale pour 2021(LFSS), intègre aussi des mesures de revalorisation salariale pour les personnels des EHPAD de la FPT³⁹ (dont relèvent les Ehpad gérés par le CASVP) ainsi que pour ceux des EHPAD privés⁴⁰.

Outre ces revalorisations salariales, l'accord du « Ségur de la santé » permet d'engager des réflexions visant à transformer et à adapter les organisations (aménagement et adaptation du temps de travail au travers d'accords locaux, intéressement collectif des équipes). La concrétisation de ces orientations pour les agents de la FPT et les salariés du secteur privé doit faire l'objet de négociations avec leurs représentants avant la publication de textes spécifiques.

- En direction des métiers de l'accompagnement et de l'aide à domicile :

Afin d'inciter les départements au versement de la première prime Covid 19 aux professionnels des services prestataires du secteur de l'aide à domicile, une prise en charge partielle par l'État a été décidée⁴¹.

Une démarche similaire est engagée sur la revalorisation salariale des métiers de l'aide à domicile. Ainsi, la LFSS 2021 prévoit une aide financière de l'État et un objectif d'environ 15% de hausse de salaire. Les conditions de la répartition de cette aide doivent faire

³⁷ Mesure PLFSS 2020 antérieur aux accords du Ségur de la santé (applicable au 1^{er} janvier 2020).

³⁸ Dont le décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire aux agents des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire et des EHPAD.

³⁹ Concerne 29 991 agents relevant de la Fonction publique territoriale. Textes non publiés en cours de concertation au niveau des instances représentatives de la FPT.

⁴⁰ Sur la base d'une revalorisation à hauteur de 160€.

⁴¹ Prime de 1000 € pour les auxiliaires de vie ayant travaillé pendant la période de confinement -versée au prorata du temps travaillé. La prise en charge par l'aide de l'Etat représente environ un tiers du montant de la prime.

l'objet d'un décret, son montant serait fixé en fonction des données portant sur le volume total d'activité par les SAAD au titre de l'APA, de la PCH et de l'aide à domicile.

Cette aide vise à renforcer l'attractivité de ces métiers, par une adaptation des conditions d'emploi (en visant notamment des temps complets), de formation et de parcours. Des concertations associant l'ensemble des parties prenantes sont en cours.

3.1.2. La situation du CASVP

L'opérateur communal est doublement confronté aux difficultés d'attractivité et de recrutement constatées dans les services d'aide à domicile d'une part et dans les Ehpad d'autre part. La récente crise pandémique a mis en évidence et amplifié des tensions préexistantes.

Les auditeurs ont souligné les spécificités et contraintes caractérisant la gestion des ressources humaines du CASVP :

-le rattachement statutaire des personnels du CASVP et de ses établissements à la fonction publique territoriale peut constituer un frein en termes d'application des mesures indemnitaires et indiciaires prévues au niveau national pour les catégories de personnel majoritairement présents dans la FPH. Ce risque est pour l'heure écarté en raison des récentes dispositions prises⁴² rendant applicables aux personnels de la FPT différentes mesures indemnitaires (en particulier, la prime grand Age, avec un décalage de 8 mois par rapport aux personnels de la FPH ou la prime COVID), ou indiciaires (sous réserve de mesures de transposition).

- des taux d'encadrement relativement plus élevés dans les Ehpad du CASVP⁴³, en raison de la spécificité des publics accueillis et de l'évolution de leurs profils (grande dépendance, santé mentale, précarité), et également d'un niveau important de médicalisation.

- l'organisation et le temps de travail des personnels du CASVP vont devoir s'inscrire dans le cadre des évolutions à venir au sein de la collectivité parisienne : si l'application par la Ville de la nouvelle loi relative au temps de travail (passage de 1500 h à 1607 h annuelles) peut constituer un levier en termes d'organisation et de coûts de fonctionnement, elle peut avoir un effet défavorable en termes d'attractivité, comparée au régime du secteur hospitalier (1540h). Si, en pareille situation, des contreparties doivent être présentées, la marge de manœuvre est faible en raison de l'alignement statutaire actuel des personnels du CASVP.

Les évolutions envisageables

Compte tenu des difficultés majeures de recrutement et de fidélisation rencontrées à Paris, les rapporteurs estiment qu'il conviendrait d'adopter un véritable plan stratégique.

Recommandation 14 : En sa qualité de chef de file du secteur personnes âgées, il est souhaitable que la DASES incite les gestionnaires à évaluer leurs besoins prévisionnels d'emplois à dix ans dans le cadre du dialogue de gestion et ce dans la perspective d'un rapprochement avec la Région Ile de France compétente sur les formations et l'apprentissage.

⁴²Par les décrets précités des 12 juin et 29 septembre 2020, et dans le cadre du PLFSS pour 2021.

⁴³ Avec un taux d'encadrement de 80 ETP pour 100 résidents contre un taux moyen d'encadrement des Ehpad publics de près de 68 ETP pour 100, même si à taux de dépendance équivalents, les taux d'encadrement restent disparates.

Ce plan serait notamment un levier d'insertion professionnelle des jeunes (y compris par un volet apprentissage) et pourrait être complété, sous réserve d'une étude préalable, par la création d'une plate-forme parisienne des métiers du grand âge⁴⁴.

S'agissant des problématiques spécifiques auxquelles le CASVP est confronté, il convient d'étudier avec la DRH, les modalités de transposition des mesures arrêtées au niveau national, en lien avec les évolutions relatives à l'organisation du temps de travail. La prise en charge d'une partie de ces dépenses par l'État doit également être recherchée⁴⁵.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le CASVP indique mettre en place l'ensemble des mesures arrêtées au plan national (Ségur de la Santé), dans les meilleurs délais au regard de la publication des textes de transposition.

3.2. Les problématiques financières

En préalable, les auteurs souhaitent alerter sur les surcoûts d'équipement et de personnel⁴⁶ liés à la pandémie qui ont été engagés par les services et établissements intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie durant l'année 2020 et qui vont se pérenniser en 2021. Ces surcoûts, ne permettent pas de rester dans l'épure des dotations de fonctionnement courant.

3.2.1. L'enjeu du financement des services de maintien à domicile

Le rapport « Grand âge et autonomie » constate que « *l'offre de services à domicile est abondante, mais atomisée et économiquement fragile* » : la tarification des SAAD ne permet pas de valoriser correctement la qualité de service nécessaire à un accompagnement optimal. Le rapport met en lumière les difficultés de gestion auxquelles les structures sont confrontées, particulièrement les SAAD habilités à l'aide sociale.

Pour le secteur public, en 2015, la moitié des centres communaux d'action sociale (CCAS) gestionnaires de services d'aide à domicile constataient une aggravation de leur déficit, avec une moyenne de 4 € de perte par heure d'intervention. Selon l'UNCCAS⁴⁷, la situation ne s'est pas améliorée.

À Paris, le résultat d'exploitation des SAAD associatifs tarifés est contrasté : la moitié de ces services dégagent un résultat légèrement positif, mais l'autre moitié fait face à un résultat lourdement négatif. Quant au SAAD « Paris Domicile », sa gestion fait apparaître un déficit et celui-ci est couvert par le budget général du CASVP.

Pour répondre à ces difficultés, plusieurs enveloppes ont été adoptées par les LFSS successives. Ces mesures devraient préfigurer la mise en place d'un modèle rénové de financement des SAAD, qui reposerait sur un tarif de référence national applicable à

⁴⁴ Le rôle d'un tel dispositif nécessairement partenarial, pourrait par exemple ; délivrer une information sur les dits métiers, recueillir les offres, sécuriser les recrutements, mettre en relation les offreurs et les demandeurs).

⁴⁵ Le coût de la prime grand Age a été estimé à 2M€ par an par le CASVP.

⁴⁶ Protection, fournitures, nettoyage, recours à l'intérim etc...

⁴⁷ Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale.

l'ensemble de ces services et sur un complément de financement appelé « modulation positive ».

Les critères d'attribution de la « modulation positive » porteraient sur des engagements de service relatifs au profil des personnes accompagnées, à la couverture territoriale, aux horaires d'intervention, etc.

Inscrite dans le cadre des travaux sur la future loi « grand âge et autonomie », cette réforme d'ampleur reposerait ainsi sur une démarche de contractualisation, nouvelle dans ce secteur.

3.2.2. Le financement complexe des EHPAD et l'impact de la récente réforme tarifaire

Le financement des EHPAD repose sur trois composantes tarifaires distinctes (dépendance, soins, hébergement) abondées selon des modes et des financeurs différents (Département, ARS, résidents).

Associé aux CPOM, le nouveau modèle de tarification de ces établissements et des Petites Unités de Vie (PUV) s'applique depuis le 1er janvier 2017. Sur la période 2017-2023, un régime transitoire est mis en œuvre, suivant lequel les établissements convergent vers leur niveau de ressources « cible » concernant le financement des soins et de la dépendance. Les objectifs de convergence tarifaire sur les soins (de 2010 à 2016) puis sur la dépendance (depuis 2017) ont particulièrement impacté ces établissements, en particulier les établissements publics, dont la situation était souvent déficitaire. Ce constat a été objectivé dans plusieurs rapports⁴⁸. L'alignement des conditions de financement des trois modes de gestion - public, privé non lucratif et privé lucratif -, alors que le service rendu, le statut des personnels les profils et les capacités financières des personnes âgées accueillies sont peu comparables, a mis en tension ces établissements, dont ceux gérés par le CASVP.

Les auditeurs soulignent les limites de certains indicateurs⁴⁹ pour mesurer les besoins inhérents à la grande précarité et les prendre en compte dans le calcul des dotations allouées.

Outre les surcoûts en équipement et personnel, ils appellent l'attention sur les effets probables de la pandémie de la COVID 19. En effet, le nombre de personnes âgées décédées parfois conséquent ainsi que les difficultés à procéder à de nouvelles admissions en période de crise, auront nécessairement des impacts sur les taux d'occupation. De nombreux établissements risquent ainsi d'avoir à faire face à des déficits financiers qui devront être pris en compte par les financeurs (DASES et ARS).

A Paris, cette situation exceptionnelle peut avoir des incidences majeures sur l'offre (risque de fermeture d'établissements) et/ou sur les tarifs hébergement (risque de compensation des déficits par une augmentation tarifaire).

À ce jour, les financements dédiés à la compensation des effets défavorables de la convergence tarifaire sont reconduits, en particulier en direction des Ehpads publics, tout récemment encore dans le cadre des LFSS 2020 et 2021.

Les auditeurs ont eu connaissance, s'agissant du versement de l'aide sociale de l'Etat, de délais de paiement très longs pouvant atteindre plusieurs années dans les Ehpads habités à

⁴⁸ Rapports d'information du Sénat n° 341- « EHPAD : quel remède ? » - mars 2018 et de l'Assemblée Nationale n° 769 sur les EHPAD - mars 2018 ; Rapport IGAS n° 2018-023R - « Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les EHPAD ».

⁴⁹ En particulier les GMP (Gir moyen pondéré) et PMP (Pathos moyen pondéré).

l'aide sociale tant dans le secteur associatif que dans le secteur public. Cette situation, également constatée dans les résidences autonomie justifie la saisine du Ministère des solidarités et de la santé.

Recommandation 15 : Saisir le Ministère des solidarités et de la santé sur les délais de paiement de l'aide sociale de l'État aux établissements habilités à l'aide sociale (Ehpad et résidences autonomie).

Dans sa réponse au rapport provisoire, la DASES indique que la saisine du Ministère est conditionnée à une enquête exhaustive préalable auprès des établissements. L'Inspection générale ayant constaté de nombreuses difficultés de trésoreries auprès des associations auditionnées, cette enquête exhaustive doit être menée au plus vite et déboucher le cas échéant sur une saisine du Ministère.

3.2.3. La situation du CASVP

Dans une optique de maîtrise de l'équilibre du budget annexe des Ehpad, l'établissement public indique avoir pris différentes mesures comme la fermeture d'un établissement, l'augmentation des taux d'occupation, la diminution et/ou la mutualisation des personnels. Les auditeurs attirent l'attention sur le fait que ces différentes actions, louables d'un point de vue budgétaire et financier, ne doivent pas remettre en cause la qualité du service rendu aux usagers. La question des ressources humaines est de ce point de vue, particulièrement sensible comme l'a démontré l'actuelle crise sanitaire.

Sur le plan financier, le CASVP bénéficie d'ores et déjà de dotations DASES (dépendance) et ARS (soins) au plafond. Dans la perspective du futur CPOM, la question d'apports financiers complémentaires se pose pour couvrir les surcoûts peu ou non pris en compte, en particulier ceux liés à la prise en charge des résidents atteints de pathologies psychiatriques, surreprésentés dans ces établissements.

Les auteurs estiment que l'attribution de financements complémentaires au titre du soin serait justifiée dans son principe, d'autant que les compétences de prise en charge de patients psychiatriques ne relèvent pas directement des collectivités locales. Les surcoûts de cette activité spécifique devraient toutefois être précisés.

4. LES LEVIERS D'ACTION DE LA COLLECTIVITÉ PARISIENNE

La Ville dispose de différents leviers pour mener une politique de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie. Outre les compétences départementales qui lui sont dévolues, elle s'appuie sur son opérateur communal qu'est le CASVP. Elle peut également actionner différents leviers de financement.

4.1. Un acteur institutionnel pivot

4.1.1. L'accompagnement de la vie à domicile

Au titre de ses compétences départementales, la collectivité parisienne est « chef de file » pour l'action en matière gériatrique. En application de la loi⁵⁰, elle « coordonne, dans le respect de leurs compétences, l'action des acteurs chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques intéressant les conditions de vie des personnes âgées, en s'appuyant notamment sur la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées⁵¹ et sur le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie [...]»⁵².

La Ville a par ailleurs la responsabilité :

-d'autoriser la création des SAAD intervenant en mode prestataire⁵³ et de structurer une offre d'aide à domicile de qualité sur son territoire par la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

-d'évaluer sur le plan médico-social les besoins des personnes âgées au titre de l'instruction et du versement de l'APA à domicile qu'elle finance;

-d'attribuer et financer l'aide sociale légale (dite « aide-ménagère »), destinée aux personnes âgées aux ressources très modestes⁵⁴.

Dans ce secteur, le caractère partiel des leviers dont dispose la Ville, résulte de la structuration de l'offre parisienne et de ses acteurs (Cf. § 2.2).

Pour rappel, sur les 226 services prestataires et mandataires, seuls 22⁵⁵ d'entre eux, habilités à prendre en charge des bénéficiaires de l'aide sociale légale, voient leurs prestations tarifées par le Département de Paris.

-Pour la seule activité liée aux bénéficiaires de l'APA, l'adhésion des services prestataires au système de télégestion - système qui comptabilise automatiquement le nombre d'heures effectuées auprès des personnes âgées par les personnels d'aide à domicile- ne fait l'objet d'aucune obligation réglementaire. Fin 2019, seules 22% des 122 entreprises prestataires⁵⁶ parisiennes y avaient adhéré.

En conclusion, la collectivité parisienne peut dans ce secteur complexe intervenir à différents titres : la régulation du secteur de l'aide à domicile, le financement des aides (APA et aide sociale à domicile), l'impulsion de politiques favorables au maintien à domicile et la coordination des acteurs publics et dans une moindre mesure privés, le subventionnement des acteurs associatifs intervenant le plus souvent dans d'autres secteurs comme le lien social ou la prévention.

La complexité du contexte réglementaire et le nombre d'acteurs rend difficile pour la DASES la maîtrise et le contrôle de ce secteur et ce malgré le versement de l'APA.

⁵⁰ Cf. l'art. L 113-2 du code de l'action sociale et des familles.

⁵¹ Depuis 2016, cette instance réunit, sous l'égide du Département (coprésidée par l'ARS) les financeurs d'actions de prévention (assurance vieillesse, assurance maladie, Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH), institutions de retraite complémentaire, mutuelles, etc.) et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives à mener dans ce domaine, en complément des prestations légales ou réglementaires existantes.

⁵² Présidée par le président du conseil départemental et composée de représentants des personnes âgées ou handicapées, ainsi que des partenaires concernés, cette instance donne des avis ou émet des propositions sur toutes les questions relevant des politiques de l'autonomie dans le département.

⁵³ En « mode prestataire », le personnel d'aide à domicile est employé par le SAAD.

⁵⁴ Les ressources doivent être inférieures au plafond d'octroi de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), soit 903,20 € par mois, hors aides au logement, pour une personne seule en 2020.

⁵⁵ 17 sont autorisés dont le SAAD géré par le CASVP et organisé en 6 antennes.

⁵⁶ Dans ce cas si l'entreprise se charge des démarches (recrutement, facturation etc..) la personne âgée est l'employeur direct (particulier employeur) comme dans les situations dites de gré à gré.

4.1.2. Dans le domaine de l'accueil en établissement, des leviers d'action partagés

Dans ce domaine caractérisé par des prestations et services encadrés, la collectivité parisienne dispose de leviers d'action partagés avec l'ARS :

-toute création ou transformation d'EHPAD est soumise à une procédure d'autorisation préalable conjointe du Président du Conseil départemental - à Paris, la Maire de Paris - et du directeur général de l'ARS.

-les compétences de contrôle de ces établissements, ainsi que le traitement des signalements qui peuvent les concerner, sont également partagés entre le Département et l'ARS. La collectivité est à ce titre, responsable de premier rang de la protection des personnes (Cf. § 5.2.4).

-Les compétences de tarification et de financement des établissements au titre de la dépendance et de l'aide sociale à l'hébergement ;

Au-delà de ses compétences d'autorisation, de contrôle et de financement, la Ville dispose du pouvoir de programmation et de structuration de l'offre :

-En tant que signataire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), la Ville dispose d'un outil d'évaluation des besoins des établissements notamment à partir de la nécessaire évaluation régulière du degré de dépendance des résidents ;

-Les projets de création, de transformation ou d'extension prennent la forme, de réponses à des appels à projets lancés, séparément ou conjointement, par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Paris, en tant que commune, dispose également des pouvoirs d'instruction et de délivrance des permis de construire.

4.2. Des compétences opérationnelles

4.2.1. L'offre du CASVP, opérateur communal

La Ville dispose avec le CASVP d'un opérateur communal présentant une offre de services et d'établissements consécutive à destination de publics aux revenus modestes ou en situation précaire voire très précaire. Cette offre peut être appréhendée au regard des différentes étapes qui peuvent jaloner le parcours d'une personne âgée vieillissante.

➤ l'aide et l'accompagnement à domicile

-Le **service d'aide et d'accompagnement à domicile Paris Domicile (SAAD)** créé en 2007 et restructuré en 2010 autour de 6 antennes ou plateformes territoriales couvre le territoire gérontologique parisien. Déployé en télégestion depuis 2013, il intervient auprès de 2.900 bénéficiaires chaque année.

-Le CASVP gère le **plus important service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** au niveau national, avec 600 places autorisées, soit 11% de l'offre parisienne. Le service couvre l'ensemble du territoire gérontologique parisien à l'exception des 9^{ème}, 10^{ème}, et 19^{ème} arrondissements. Le regroupement en SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile) du SAAD et du SSIAD vise le développement des prises en charge coordonnées au domicile de personnes âgées présentant des pathologies chroniques : soins infirmiers, actions de prévention, aides à la personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

➤ Les résidences service

Relevant de la catégorie des habitats intermédiaires, les 23 résidences service du CASVP proposent, avec 1 521 places⁵⁷. Ces structures sont réglementairement aujourd'hui, des résidences autonomie et font l'objet d'un important projet de restructuration, qui devrait contribuer à l'adaptation et à la diversification de l'offre parisienne. (Cf. § 5.3.4). Dans un souci de lisibilité de l'offre parisienne, l'appellation historique des résidences services a été abandonnée au profit de la dénomination nationale des résidences autonomie.

➤ L'hébergement spécialisé

L'établissement public gère 15 EHPAD - auxquels s'ajoute celui de Belleville en cours de restructuration - offrant 2 119 places dont l'intégralité est habilitée à l'aide sociale. Cette offre représente 26% des places parisiennes, et 42% des places habilitées à l'aide sociale. Quatre d'entre eux sont situés en banlieue et un en province.

L'adaptation de cette offre à court et moyen terme fait également partie des évolutions envisageables de l'offre publique (Cf. § 5.3.3 précité).

➤ Les aides et prestations facultatives

Le CASVP propose une gamme de services et de prestations d'aide facultative pour favoriser le maintien à domicile des Parisiens âgés en perte d'autonomie. Le rapport analyse les aides facultatives destinées spécifiquement aux personnes âgées et/ou leur bénéficiant largement (Cf. § 4.2.4) ; Ces aides couvrent différents types de besoins : compléments de ressources (Paris solidarité), aides au logement (Paris logement, minorations de loyer en résidences appartement, aides à l'amélioration de l'habitat), aides pour l'accès au soin, aides au soutien à domicile. Elles ont un impact variable en nombre de bénéficiaires : ainsi, dans la catégorie des aides au soutien à domicile, les prestations en nature - octroyées sans condition de ressource - connaissent un développement du nombre de leurs bénéficiaires, qu'il s'agisse du portage de repas (4518 bénéficiaires en 2018), de la coiffure ou de la pédicurie à domicile (avec une hausse respective de +50% et +67% de 2014 à 2018), ou encore de la téléalarme (plus 10% sur la période). En revanche les aides financières connaissent des évolutions variables. Les deux destinées à aider les personnes vivant à domicile avec un parent âgé⁵⁸ nécessiteraient d'être révisées au regard des réformes intervenues depuis 2015 dans le champ de l'aide aux aidants. Plus globalement, le CASVP a engagé une démarche d'évaluation de l'ensemble de ces aides.

4.2.2. Les autres domaines d'intervention de la Ville

La Ville peut agir dans différents domaines d'intervention municipaux pour développer et enrichir sa politique de soutien aux personnes âgées.

Le domaine du **logement** constitue un secteur privilégié d'intervention :

-La programmation de logements doit permettre de redimensionner l'offre de résidences autonomie d'Ehpad ou encore de PUV en faveur des personnes âgées parisiennes en perte d'autonomie ;

-L'adaptation des logements est essentielle pour la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées⁵⁹. La prise en compte récente du « bien vieillir » par les bailleurs sociaux - au premier rang desquels Paris Habitat- constitue une action en faveur du maintien à

⁵⁷ Dont 262 situées en banlieue.

⁵⁸ AFMDPA et l'allocation d'accompagnement.

⁵⁹ L'adaptation et l'aménagement des logements permettent de lutter contre les accidents et chutes, constituant l'un des principaux risques encourus par les seniors restants à domicile.

domicile des très nombreuses personnes âgées, logées dans le parc social. Les actions de la Ville en faveur de l'adaptation du logement ont fait l'objet d'une analyse spécifique. L'éclatement des dispositifs et des acteurs constitue un risque d'inefficacité des actions menées (pour exemple, la DLH n'est pas représentée à la conférence des financeurs).

Recommandation 16 : Mettre en place une coordination interne au sein de la Ville, impliquant notamment la DLH, la Conférence des financeurs (DASES) et le CASVP sur l'ensemble des aides et actions relatives à l'adaptation des logements en faveur des personnes âgées.

La DASES partage ce constat et regrette notamment que l'ANAH ne siège pas à la Conférence alors qu'elle en est membre, sa présence pouvant constituer un levier pour travailler sur l'adaptation des logements. Pour rappel, la Conférence finance des actions en la matière. Elle souligne que la coordination interne avec la DLH pourrait utilement s'inscrire dans le cadre du futur schéma.

L'évaluation et la réflexion actuellement en cours sur les aides facultatives du CASVP pourraient être l'occasion de réformer et d'adapter l'aide actuelle dont l'impact est mineur.

Recommandation 17 : Adapter les aides facultatives actuelles du CASVP pour les travaux d'adaptation des logements des personnes âgées et mieux les faire connaître.

La DASES précise que si l'aide à l'amélioration de l'habitat permet de financer ces travaux, le recours à l'aide du CASVP est faible, une meilleure communication autour de cette aide ainsi qu'une articulation avec les autres dispositifs sont en réflexion.

Enfin, pour les personnes âgées elles-mêmes, le risque de non identification et de non utilisation des aides existantes, peut être maîtrisé par une information ciblée.

Recommandation 18 : Sensibiliser l'ensemble des acteurs en contact avec des seniors à l'importance de dispenser systématiquement des conseils de prévention des chutes par l'adaptation du logement. Concevoir des supports d'information dédiés.

La DASES précise que des actions sont déjà portées par la Conférence des financeurs, par la Préfecture de Région et la CNAV, mais qu'il est nécessaire de les faire connaître. L'Inspection générale confirme la nécessité d'engager concrètement une formation/sensibilisation de tous les acteurs en contact avec les personnes âgées, le risque de chute constituant le principal facteur de perte d'autonomie et de mortalité.

4.3. Des leviers de financement à expertiser à très court terme

Outre les financements précités⁶⁰, la collectivité peut s'appuyer sur les dispositions récemment arrêtées dans le cadre de la pandémie de la Covid 19 pour soutenir les investissements nécessaires aux établissements parisiens. D'autres sources de financement et de partenariats peuvent également être investiguées.

Le plan de relance - France relance

Reprenant certains engagements du « Ségur de la santé »⁶¹, le plan France- Relance 2030⁶² compte trois programmes d'investissement concernant les établissements. Les dépenses pour 2021 sont, pour partie inscrites dans le PLFSS. La Ville, le CASVP ainsi que les autres gestionnaires parisiens d'établissements pourraient y prétendre.

Le plan de relance prévoit :

-Un plan de rénovation sur 5 ans essentiellement dédiés aux EHPAD publics⁶³ et un plan de création de 30 000 nouvelles places d'EHPAD d'ici 2030, avec des premières programmations en 2021-2025 (2,1 Md€) ;

-Un plan visant à combler le retard notamment du secteur médico-social dans l'interopérabilité et la modernisation des outils numériques de santé. Le plan évoque également l'équipement des établissements en particulier publics ⁶⁴(1,4 Md€).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

La LFSS 2021 prévoit⁶⁵ 800 M€ (2,1 Md€ sur 5 ans) pour la transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux : 1,5 Md€ destinés à transformer les établissements les plus vétustes, dont 300 M€ en 2021 ; 600 M€ destinés à l'équipement numérique, dont 100 M€ en 2021.

Les autres sources de partenariats et de financements

-Le bailleur CDC-Habitat a annoncé⁶⁶ la création d'un pôle dédié au secteur médico-social et aux résidences. Baptisé « GIE Générations », cette plateforme doit investir 800 M€ sur cinq ans pour « *permettre la rénovation du bâti existant, réussir la transition énergétique et promouvoir des solutions nouvelles pour la prise en charge de la dépendance et du handicap* ». Ainsi, 400 millions d'euros doivent être investis par le biais de CDC-Habitat social pour rénover et acquérir de nouveaux actifs. Une foncière vient par ailleurs d'être créée. Également dotée de 400 millions d'euros, elle a pour objectif de renforcer l'attractivité des sites hospitaliers et de développer « *une offre intermédiaire d'EHPAD et de résidences autonomie avec un prix de journée modéré* ».

⁶⁰ En particulier, la compensation des effets de la réforme tarifaire pour les Ehpads (cf supra § 1.3.1 et 1.3.2) et le renouvellement du cadre de financement de la CNSA, avec la finalisation en cours de la convention pluriannuelle 2021/2024.

⁶¹ Un total de 28 Md€ en faveur du secteur hospitalier et des EHPAD a été décidé : 19 milliards € pour l'investissement (dont 13 milliards € de reprise de la dette des hôpitaux) et 9,1 milliards € pour le fonctionnement, dont 8,3 milliards € pour les rémunérations, les carrières des médecins et des personnels des établissements de soin et des Ehpads ainsi que la création de 15.000 postes.

⁶² Le plan France Relance a été présenté le 3 septembre 2020 par le gouvernement.

⁶³ Le plan évoque la modernisation de 65 000 places d'EHPAD « particulièrement vétustes » d'ici 2025.

⁶⁴ En petits équipements technologiques innovants à très forte valeur ajoutée pour les résidents et les personnels : rails de transfert, fauteuils électriques, capteurs de détection des chutes etc.

⁶⁵ Source : dossier de presse PLFSS 2021 ministère des solidarités et de la santé.

⁶⁶ Communiqué CDC-habitat du 28 septembre 2020

Sur l'ensemble de ces sources possibles de financement et au moment où s'élabore à la fois le programme d'investissement de la mandature-2020-2026 (PIM), la révision du PLU et le nouveau schéma « Séniors à Paris », la Ville (DASES, CASVP, DLH⁶⁷, DU) devrait pouvoir se positionner à la fois sur le volet rénovation et mais aussi sur celui de la création d'établissements (EHPAD, PUV⁶⁸ et résidences autonomie).

5. LES ORIENTATIONS ET PLANS D' ACTIONS PROPOSÉS

5.1. Informer, orienter, accompagner pour donner accès aux droits et à l'offre

Les complexités des organisations et prestations, les fonctionnements « en silos », les parcours « du combattant » sont autant de propos tenus par les acteurs rencontrés par la mission et dénoncés par les nombreux rapports publiés au niveau national.

5.1.1. Améliorer l'information générale dispensée aux seniors et à leurs proches

Face à la diversité de d'offre, l'information dispensée par la Ville constitue un enjeu en termes de lisibilité et une condition préalable d'accès à l'offre.

Les auditeurs ont constaté des améliorations apportées récemment par la Ville, dans le domaine de l'aide à domicile, via le comparateur en ligne « Mon aide à domicile » à destination des personnes âgées et en situation de handicap.

Néanmoins, l'information dispensée dans le domaine de l'hébergement demeure lacunaire : le site internet paris.fr, outre la complexité à trouver l'information mise à disposition, présente exclusivement les structures d'hébergement du CASVP et leurs tarifs. L'offre des autres gestionnaires, bien que majoritaire, n'y est pas accessible, les Parisiens devant se reporter à d'autres sites pour en prendre connaissance.

Il apparaît ainsi souhaitable de créer un site spécifique sur le modèle du secteur du domicile offrant une information complète, avec les indications utiles sur les tarifs pratiqués, sur l'existence ou non de places habilitées à l'aide sociale, et sur les conditions d'admission pour l'offre d'hébergement (EHPAD, PUV, résidences autonomie) et également pour l'offre d'accueil temporaire et séquentielle proposée par les centres d'accueil de jour, et les dispositifs d'hébergement temporaire.

Recommandation 19 : Créer un site d'information complet présentant, l'offre d'hébergement (EHPAD, PUV, résidences autonomie) et l'offre d'accueil séquentielle et temporaire (CAJ, hébergement temporaire) pour l'ensemble des gestionnaires, avec une indication sur les tarifs pratiqués, le nombre de places habilitées à l'aide sociale, et les conditions d'admission.

⁶⁷ Et ses bailleurs sociaux.

⁶⁸ Petites Unités de Vie intégrées dans des opérations de logements sociaux. Paris compte un faible nombre de places de PUV : 108 places autorisées gérées par le secteur associatif, 73 effectives dont 15 d'accueil uniquement temporaires (source : DASES).

Cette recommandation est portée par la DASES laquelle proposera son inscription dans le futur schéma (sur un modèle semblable au site monaideadomicile.paris.fr). Elle indique sa demande réitérée d'une meilleure identification des actions en direction des seniors sur le site Paris.fr et prône la création d'un espace dédié s'adressant à tous les seniors (donc pas uniquement circonscrit aux structures d'hébergement). L'Inspection générale souscrit pleinement à cette demande.

5.1.2. Orienter, accompagner pour donner accès aux droits et aux prestations sociales

La problématique du non-recours concerne un large panel de droits fondamentaux (pensions de retraite, Aspa, sécurité sociale, CMU etc..) et d'aides sociales légales (APA, aide sociale). Elle fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics, de nombreux rapports forment le constat d'un *phénomène conséquent*, récemment confirmé par une étude récente de la DREES sur le non-recours aux prestations sociales⁶⁹.

Le non-recours aux droits se heurte à une difficulté générale de quantification du nombre de personnes âgées potentiellement concernées. Face à la multiplicité des organisations et institutions concernées, les solutions opérationnelles pour y remédier sont peu étayées.

Les auditeurs préconisent la réalisation de plusieurs études visant à évaluer globalement et territorialement le taux de recours à certaines aides, en particulier pour l'APA à domicile (Cf. § 1.2.1) dans une perspective d'évaluation globale des besoins dans ce domaine, ou pour l'ASPA, via la saisine de la CNAV pour une transmission des données relatives aux bénéficiaires de cette aide par arrondissement (Cf. §1.1.3).

S'agissant des droits fondamentaux à pensions et à l'Aspa, les acteurs rencontrés par la mission s'accordent à considérer le phénomène comme important à Paris.

Pour ce qui concerne l'action de la Ville, les services sociaux (SSDP, Espaces insertion, PSA), et les nombreuses associations intervenant auprès des seniors en situation de précarité, subventionnées par la collectivité et généralement aussi par l'État, pourraient être davantage formées et dotées d'une mission de vérification des droits à pension et à l'ASPA. Dans ce sens, les bénéficiaires du RSA proche de l'âge de la retraite pourraient faire l'objet d'un entretien systématique et d'une aide pour l'ouverture de leurs droits à pension ou/et à l'APSA.

Les auditeurs considèrent ainsi la mobilisation des institutions compétentes comme encore perfectible, cette problématique pourrait constituer un axe prioritaire de travail de la conférence des financeurs et une priorité du prochain schéma « seniors à Paris ».

S'agissant du non recours à l'APA à domicile, pour rappel, les conseils départementaux, chefs de file dans le domaine du grand âge ont un rôle essentiel à jouer auprès des très nombreux professionnels de proximité qui ont un lien avec ce public et/ou leurs proches.

Relevant aussi des conseils départementaux et bien que non mesuré, **le non-recours à l'aide sociale à l'hébergement (ASH)** est considéré important. Celui-ci est dû à sa méconnaissance mais aussi et surtout à son caractère récupérable. Dans le cadre de la mission, la DASES a expliqué faire face à de plus en plus de renoncements à l'ASH de personnes potentiellement éligibles pour cette dernière raison.

⁶⁹ Dossier de la DREES n° 57 -juin 2020. Sur le champ des personnes âgées seules, la DREES annonce une autre étude en 2020.

Les auteurs estiment que la dématérialisation accrue dans l'ouverture des droits sociaux peut constituer un facteur d'amplification du phénomène de non recours, lequel devrait être expertisé.

Recommandation 20 : Élaborer un plan d'action sur l'accès aux droits. Mobiliser les institutions en charge des droits fondamentaux et les acteurs de proximité (services sociaux, associations...). Construire des outils de suivi.

La DASES indique que les travaux en cours dans le cadre du Paris de l'action sociale - et notamment l'étude portant sur l'accès aux droits dans le 10^{ème} arrondissement - permettront de faire des propositions à examiner dans le cadre du futur schéma seniors. La dématérialisation peut accroître le non recours, la mobilisation des réseaux de proximité étant alors indispensable.

5.1.3. Orienter, accompagner pour donner accès à l'offre disponible

Des guichets uniques dédiés

Le sondage du baromètre santé⁷⁰ portant sur « La prise en charge du grand âge et de la dépendance » fait apparaître que « s'ils étaient confrontés à une situation de perte d'autonomie, le médecin serait le premier interlocuteur vers qui les Français se tourneraient » à 80%, en cas de besoin à ce sujet, à 53% vers une administration telle que la mairie et à 33% vers leur pharmacien. De ce même sondage, il ressort que « les Français jugent les actions et dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie complexes (75%) et difficilement accessibles (76%) ».

Le rapport « Grand âge et autonomie »⁷¹ insiste sur l'importance de la coordination de proximité et sur le décloisonnement entre le médical et le social en préconisant notamment « un guichet unique baptisé "**Maison des aînés et des aidants**" qui permettrait d'informer et d'orienter les personnes âgées, ainsi que de coordonner les interventions sociales et médicales ».

Dès 2013, la Ville de Paris s'est engagée dans cette voie, par une importante réorganisation des CLIC existants⁷². A partir de 2017, en collaboration avec l'ARS, trois entités⁷³ de soutien gérontologique, les réseaux de santé territoriaux de gérontologie, le service du dispositif « MAIA » gestionnaire « des cas complexes », les plateformes territoriales d'appui (PTA) y ont été intégrés et ont donné lieu à la **création de Maisons des aînés et des aidants, communément appelées M2A.**

⁷⁰ Réalisé en novembre 2019 par Odoxa.

⁷¹ Rapport D Libault -mars 2019.

⁷² Les CLIC sont des structures de proximité généralisées en juillet 2001 par la loi créant l'APA et confiées aux départements. Inscrits dans les territoires et dans les schémas gérontologiques départementaux, ils ont pour missions prioritaires : l'information, l'orientation du public et la coordination gérontologique de l'action gérontologique.

⁷³ Relevant des compétences sanitaires des ARS.

Aujourd'hui, six structures territorialisées d'information, d'orientation et d'appui dont la gestion a été confiée à différentes associations couvrent le territoire parisien⁷⁴.

Ce regroupement des différents dispositifs en un lieu unique vise prioritairement à décroiser les secteurs médical, social et médico-social pour une prise en charge globale et coordonnée du parcours de la personne âgées.

L'équipe pluridisciplinaire des M2A (travailleurs sociaux, infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, médecins gériatres, secrétariat etc.) constitue ainsi un lieu-ressources dédié aux personnes âgées et à leurs proches ainsi qu'aux nombreux acteurs du secteur.

A l'issue des toutes premières années de fonctionnement et pour certaines M2A encore en phase de montée en charge, plusieurs axes d'amélioration ont été identifiés :

-les différents niveaux de prestations entre M2A, le travail de collaboration entre elles, la lisibilité et la visibilité de leurs actions ;

-la mobilisation des professionnels médicaux et paramédicaux et l'optimisation du parcours de santé des patients sur le territoire, passant par l'implication des professionnels de santé dans le projet stratégique « e-parcours » impulsé par l'ARS d'Ile-de-France⁷⁵.

Le pilotage global de ce dispositif partenarial avec l'ARS doit être consolidé. On constate l'absence d'indicateurs d'activité sur les différents volets qui le composent, ou de bilans annuels communs aux deux institutions. Compte tenu de la délégation de leur gestion à divers opérateurs, des outils de suivi relatifs au service rendu permettraient d'objectiver les écarts de fonctionnement entre ces structures, souvent évoqués par les interlocuteurs rencontrés par la mission et d'en corriger les causes.

Recommandation 21 : Mettre en place des outils de suivi, piloter et harmoniser l'activité des M2A, en lien avec l'ARS.

La DASES confirme que cet enjeu est identifié et priorisé. Il s'inscrit dans un contexte évolutif : d'une part, le Paris de l'action sociale et la territorialisation, d'autre part, l'évolution des missions des M2A aujourd'hui devenues Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) très tournés vers le champ sanitaire, dans un pilotage avec l'ARS. Les outils de suivi et de pilotage existants sont parfois difficilement exploitables en raison des réformes multiples en particulier celles imposées par l'État (DAC en particulier, voir ci-après).

Des risques de fragilisation des M2A parisiennes

Les dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination (DAC) des parcours de santé complexes ont été récemment créés et définis par la loi en juillet 2019⁷⁶.

⁷⁴ 2017, année de l'inauguration de la première M2A (la M2A Paris Nord-Est), Centre (1, 2, 3, 4, 5, 6èmes arrdts) ; Ouest (7, 15 et 16èmes arrdts) ; Nord-Ouest (8, 17 et 18èmes arrdts) ; Nord-Est (9, 10 et 19èmes arrdts) ; Est (11, 12 et 20èmes arrdts) ; Sud (13 et 14èmes arrdts).

⁷⁵ Cette plate-forme numérique facilite la prise en charge personnalisée d'un patient à la situation complexe et la coordination des professionnels.

⁷⁶ Loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé du 10 juillet 2019 (article 23).

Dans l'esprit de la loi, les DAC concernent sans distinction d'âge les patients atteints de pathologies complexes (notamment chroniques). L'ARS d'Île-de-France soutient la mise en place de DAC qui puissent apporter des réponses concrètes aux professionnels de santé et favoriser le maintien à domicile de ces patients. Si la loi de juillet 2019, ne prévoit pas explicitement l'intégration des CLIC⁷⁷ aux DAC, elle en ouvre la possibilité (« Les CLIC peuvent participer à la convergence sur délibération du Conseil départemental »).

Les rapporteurs estiment que cette disposition aux visées essentiellement sanitaires ne prend pas l'entière mesure des structures partenariales déjà existantes ainsi que les préconisations émises par le rapport Libault, dont la création de M2A (précisément dans un esprit de décloisonnement du sanitaire, du médico-social et du social). Cette orientation questionne en outre les compétences réglementaires du département liées aux missions des CLIC, uniquement dédiés aux personnes âgées.

Au moment où une forte hausse du nombre de personnes âgées est attendue, l'intégration de patients de tous les âges atteints de diverses pathologies peut d'autant plus mettre en cause la spécificité et le fonctionnement des M2A parisiennes qui ont exclusivement vocation à intervenir au profit des personnes âgées et acteurs dans un domaine déjà particulièrement complexe à décloisonner et à coordonner.

Enfin, les compétences professionnelles requises dans la prise en charge du grand âge tout comme l'ensemble du réseau de partenaires concernés, diffèrent au demeurant de celles à mobiliser pour le suivi des personnes atteintes des pathologies susceptibles de relever du champ d'intervention des DAC.

L'ARS garde néanmoins pour objectif l'ouverture progressive des M2A parisiennes aux publics autres que les personnes âgées : personnes de tout âge en situation de handicap, souffrant d'addiction, d'HIV, de difficultés de santé mentale ou de diverses maladies chroniques.

Sur ces missions essentielles envers les personnes âgées en perte d'autonomie, que sont l'accessibilité à l'information (guichet unique) et la coordination des différents acteurs autour du parcours de la personne, les rapporteurs partagent les inquiétudes de la DASES de voir les M2A fragilisées du fait de leur intégration au dispositif des DAC, solution promue par l'ARS d'Île-de-France.

5.2. Prévenir et protéger

5.2.1. Lutter contre l'isolement des personnes âgées en perte d'autonomie

La lutte contre l'isolement est une composante essentielle de la prévention de la perte d'autonomie⁷⁸, qui subordonne notamment la fréquentation des actions de prévention par les plus fragiles. Elle constitue à Paris un défi majeur et complexe et une orientation privilégiée du schéma « Séniors à Paris » (2017-2021). Une majorité des acteurs rencontrés par la mission témoignent de nombreuses situations d'isolement et de renfermement et s'inquiètent aussi du risque d'isolement de personnes « *qui ne demandent rien* »⁷⁹. Les impacts de la pandémie de la Covid-19 risquent d'en aggraver l'ampleur et ses conséquences.

⁷⁷ Qui relèvent des compétences des départements.

⁷⁸ Les Petits frères des pauvres. Étude « Isolement et territoires des personnes âgées. Enseignement et préconisations » septembre 2019.

⁷⁹ Comme la canicule de 2003 l'a dramatiquement révélé. Les données relatives aux impacts du Covid sur les personnes âgées vivant à domicile ne sont, à ce stade de la mission, pas encore connues.

En 2015, 57 330 parisiens âgés de 80 ans et plus (52% de cette tranche d'âge) vivent seuls et l'absence de famille ou son éloignement y sont fréquents⁸⁰. Ces indicateurs marquent le potentiel besoin dans ce domaine mais il nécessiterait d'être précisé. En effet, à l'exception d'une étude assez générale⁸¹, la Ville dispose d'assez peu de renseignements pour définir et piloter sa politique de lutte contre l'isolement. Qu'est-ce que l'isolement et son ressenti⁸² ? Comment repérer les personnes qui en souffrent ? Comment le prévenir ? Que faire pour y remédier ?

Au titre des actions de prévention et des thèmes à privilégier, la lutte contre l'isolement bénéficie depuis 2015⁸³ d'un soutien financier de la Conférence des financeurs⁸⁴. Les rapports « Grand âge et autonomie » et « Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme »⁸⁵ recommandent une mobilisation accrue du service civique et demain du service national ainsi que des adultes relais dans les quartiers prioritaires pour renforcer la lutte contre l'isolement et le lien intergénérationnel. Un rapport plus récent « *déconfinés mais toujours isolés-la lutte contre l'isolement, c'est tout le temps !* »⁸⁶, préconise d'aller au-delà par une mobilisation nationale et d'en confier le pilotage à la CNSA. Cette problématique pourrait être de nouveau abordée dans le cadre de la future loi Grand âge et autonomie.

Ces financements sont complétés par d'autres subventions de la DASES à des associations développant des actions de lien social⁸⁷. A toutes ces actions s'ajoutent notamment celles initiées dans le cadre du programme de jeunes en service civique⁸⁸ ou encore par certains bailleurs sociaux etc. Au total, ces nombreuses initiatives relèvent de directions et services différents.

L'intervention de la Ville dans ce domaine apparaît conséquente mais dispersée, sans recensement exhaustif, ni territorialisation. Le nombre et le profil des bénéficiaires ne sont pas évalués particulièrement la fréquentation par les publics le plus isolés qui par définition sont peu ou pas connu et qu'il faut concrètement « *repérer, aller chercher, convaincre et parfois accompagner* ».

Cette problématique interroge directement les pratiques professionnelles, leurs capacités et moyens à promouvoir une démarche coordonnée de repérage et du « *aller-vers* » ainsi que d'un partage de l'information. **A la différence des autres actions de prévention, la lutte contre l'isolement relève de l'action sociale et des obligations qui lui sont faites au titre de la protection des personnes vulnérables.**

⁸⁰ Éléments figurant dans le document « schéma seniors à Paris ». Des données plus récentes seraient utiles aux travaux du prochain schéma.

⁸¹ Rapport d'étude « Le repérage des personnes âgées isolées à Paris » Amélie Le Buanec. IAE Lille- Ecole Université de management -2016.

⁸² Sur ce point, voir l'étude de l'association Petits frères de pauvres ci-dessus mentionnée.

⁸³ Loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV).

⁸⁴ Financements au titre des actions de prévention provenant à la fois de la CNSA, des départements et d'autres partenaires institutionnels.

⁸⁵ Rapports D Libault -mars 2019 et A Dufeu-Schubert -décembre 2019.

⁸⁶ Rapport remis au Ministre des solidarités et de la santé « Déconfinés mais toujours isolés ? » « La lutte contre l'isolement, c'est tout le temps ». 36 propositions - J Guedj (16 juillet 2020).

⁸⁷ Exemples : Paris en Compagnie, actions de l'association Les petits frères de pauvres, l'âge d'or en France, l'Amicale des personnels retraités de la Mairie et du département du Paris, de l'AP-HP, Passerelle Mémoire, Relief etc.

⁸⁸ Port'âge de livres etc...

Sur cette question précise, une réflexion interne aux services sociaux et médico-sociaux publics de la Ville apparaît nécessaire (SSDP, équipe médico-sociale APA, sections d'arrondissement du CASVP, centres de santé, etc.).

Parallèlement, une sensibilisation (avec l'ARS) visant à une implication plus nette des autres acteurs de proximité, secteur libéral (médecins, pharmaciens.), partenaires (MZA, services à domicile (SAAD, SSIAD), bailleurs sociaux, etc.) semble également essentielle.

Ces deux démarches préalables, permettraient de définir les modalités opérationnelles d'un véritable plan d'action de lutte contre l'isolement à intégrer au futur schéma « Séniors à Paris ».

Recommandation 22 : Mettre en place un pilotage transversal des actions de lutte contre l'isolement, recenser l'offre globale et évaluer son adaptation aux besoins locaux. Sur les pratiques professionnelles, mener une réflexion interne aux services d'action sociale et médico-sociale de la Ville sur la base d'une définition partagée de l'isolement. Préciser, dans le respect des personnes, les modalités de partage de l'information en cas de repérage d'une situation d'isolement et de renfermement.

La DASES souligne que le pilotage de la lutte contre l'isolement est travaillé depuis 3 ans par les services de la sous-direction de l'autonomie en lien avec les directions sociales de territoire. La problématique de l'isolement et du repérage constituent l'une des deux thématiques de la feuille de route du programme coordonné de la Conférence des financeurs pour 2021. Si, selon la DASES, « *l'offre est globalement identifiée, connue et partagée* », l'adjointe en charge des seniors et des solidarités entre les générations, souhaite mettre en place un comité de pilotage des acteurs de la lutte contre l'isolement pour avancer sur le traitement de cette question.

Enfin, les auteurs souhaitent insister sur la problématique particulière de la dépression qui constitue avec les chutes l'un des deux principaux risques encourus par le sujet âgé vivant à domicile. **Chez le sujet âgé, elle favorise le repli sur soi, l'expression de plaintes physiques et le refus de l'aide d'un tiers**⁸⁹. Le rôle d'alerte du milieu médical (dont les médecins généralistes) aux intervenants locaux (MZA, équipe médico-sociale APA, SSIAD etc..) est essentiel.

5.2.2. Piloter les actions de prévention de la perte d'autonomie

Les actions au niveau national

D'ici 2030, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 15 ans. Une stratégie globale en faveur de la prévention de la perte d'autonomie, intitulée « Vieillir en bonne

⁸⁹ Source : Santé publique France : baromètre santé 2017. Insuffisamment diagnostiquées et prises en charge, les géiatres estiment que les dépressions chez les seniors sont sous déclarées, car elles peuvent être masquées par exemple par un trouble neurologique (maladie d'Alzheimer...) voire confondues avec un problème de démence. En 2017, la prévalence de la dépression touchait au cours des 12 derniers mois, 7,9% des 65-75 ans (Hommes : 2,7%, femmes : 5,5%).

santé 2020-2022⁹⁰, » a été lancée au niveau national. Considérant que la perte d'autonomie « *n'est pas liée à l'âge, mais à la maladie* », cette stratégie « *vise à déployer la prévention à tous les âges, pour préserver l'autonomie des aînés le plus longtemps possible* ». Il s'agit de détecter précocement les fragilités, de diffuser les réflexes de prévention et de former les acteurs aux pratiques préventives. Sur 10 personnes qui décèdent en France, 4 ont connu la perte d'autonomie dont 2 de façon sévère. L'objectif énoncé, est que « *la prévention permette à la perte d'autonomie de devenir une exception* ».

Cette stratégie s'appuie sur la conviction que la préservation de l'autonomie à partir de 70 ans nécessite deux évolutions majeures : d'une part, la détection la plus précoce possible (dès 40 ans) des fragilités, réversibles ou pouvant être compensées, d'autre part, une action renforcée sur les facteurs accélérant la perte d'autonomie, dont les chutes, liées à l'inadaptation des logements, les hospitalisations pouvant être évitées, les déficits sensoriels mal diagnostiqués, soignés ou compensés et l'isolement.

Le vieillissement est par définition un processus hétérogène tant sur le plan physique que psychologique ou social. En raison de sa multi dimensionnalité les critères de segmentation classiques comme l'âge chronologique s'avèrent peu opérants.

Dans ce cadre, divers dispositifs doivent être initiés, dont une application de « Santé publique France » pour évaluer, dès 40 ans, ses besoins et bénéficier de conseils personnalisés, un rendez-vous de prévention lors du départ en retraite et du dépistage dans plusieurs territoires d'expérimentation grâce à un outil innovant⁹¹.

L'objectif vise à donner une nouvelle impulsion à l'effort de prévention, à mobiliser et mettre en synergie les acteurs locaux susceptibles de contribuer à cette politique.

Pour ce faire, il est prévu⁹² de renforcer le pilotage et la visibilité des « conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA) »⁹³, qui ont pour mission de soutenir localement des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, que celles-ci vivent à domicile ou en établissement.

En ce qui concerne la prévention des chutes par l'adaptation des logements et l'amélioration de l'accessibilité des espaces communs, plusieurs actions sont engagées. Outre celles des bailleurs sociaux⁹⁴, on peut notamment citer : le plan d'adaptation de l'habitat en partenariat avec « Action logement »⁹⁵, l'État réserve une enveloppe de 1 Md € pour aider à la transformation de la baignoire en douche⁹⁶, l'aide à l'investissement et à l'aménagement du domicile de la CNAV⁹⁷, ou encore le programme « Habiter facile »⁹⁸.

⁹⁰ Dossier disponible sur le site du Ministère des solidarités et de la santé.

⁹¹ Il s'agit du programme ICOPE, conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé qui constitue un outil innovant de prévention du déclin fonctionnel et de soins ciblés reposant sur une évaluation et le suivi des capacités intrinsèques. Il complète l'approche clinique centrée sur les pathologies.

⁹² Par la définition d'orientations nationales en 2020.

⁹³ La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est l'un des dispositifs de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015. Elle est présidée par le Président du conseil département et co-présidée par le directeur général de l'ARS.

⁹⁴ Le plus souvent conduites dans le cadre des programmes de réhabilitation.

⁹⁵ Le groupe « Action Logement » gère paritairement la « participation des employeurs à l'effort de construction » (PEEC), avec pour objectifs l'accompagnement des salariés dans leur mobilité résidentielle et professionnelle et la construction et le financement de logements sociaux et intermédiaires.

⁹⁶ Cf. le site www.adaptation-douche.gouv.fr

⁹⁷ 100M€ -branche vieillesse de la sécurité sociale.

⁹⁸ Programme national-gestion déléguée à l'ANAH.

De manière plus générale, les collectivités locales ont un rôle essentiel à jouer en matière de prévention en particulier pour ce qui concerne l'adaptation du cadre de vie (espaces urbains, transports, équipements, habitat via leurs offices publics ou SEM etc.) et l'animation de la vie sociale (maintien du lien social, loisirs, sports etc.).

Les actions de la Ville-Département

Dans le domaine de la prévention, la Ville de Paris peut mettre à profit son double statut qui lui confère de nombreuses compétences, ainsi que la densité et l'expérience de son réseau de partenaires pour mener une action d'ampleur.

Ainsi, elle développe et soutient de très nombreuses actions pouvant à des degrés divers être considérées comme relevant du champ de la prévention de la perte d'autonomie mais que la mission n'a pu recenser à l'exception de celles relevant de la DASES et de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPAA)⁹⁹.

Comme celles ayant trait à la lutte contre l'isolement, qu'elles soient initiées en direct ou par d'autres acteurs, elles impliquent un très grand nombre de partenaires et directions.

La DASES alloue depuis 2016 dans le cadre de la CFPAA, deux concours financiers distincts qui lui sont délégués par la CNSA et qu'elle attribue sur projet.

- Le premier concours au titre du «forfait autonomie» est versé aux résidences autonomie¹⁰⁰. L'objectif étant de faire des résidences des lieux de proximité, ouverts sur la ville afin de développer la prévention de la perte d'autonomie pour leurs propres résidents et pour les habitants du quartier. En 2020, 43 résidences¹⁰¹ ont bénéficié de ce forfait pour un montant global de 1 551 945 €¹⁰².

Les financements sont notamment utilisés pour rémunérer des intervenants extérieurs disposant de compétences dans ce domaine¹⁰³. Les activités s'inscrivent dans les thématiques fixées par le décret et présentent une grande variété¹⁰⁴.

- Le second concours au titre des « autres actions de prévention ». Un diagnostic des initiatives existantes sur le territoire parisien en matière de prévention devait réglementairement être réalisé en préalable¹⁰⁵, les auteurs n'ont pu se le procurer. La 1^{ère} Conférence des financeurs a défini les axes et thématiques de travail pour la période 2016-2020. Pour l'année 2020, la 9^{ème} conférence des financeurs a décidé

⁹⁹ La conférence des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie à Paris a été installée le 25 novembre 2016.

¹⁰⁰ Délibération 2020 DASES 256 : 10^{ème} conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de Paris. Participations au titre de l'enveloppe « forfait autonomie ». Conseil de Paris - novembre 2020.

¹⁰¹ Sur un total de 46 résidences autonomie.

¹⁰² 23 Résidences autonomie du CASVP : 822 161€. 15 Résidences autonomie du secteur non lucratif : 596 917€.

¹⁰³ animateurs, ergothérapeutes, diététiciens, etc.

¹⁰⁴ Quelques exemples : gymnastique douce, conférences sur l'activité physique et prévention santé, soin et bien-être ; formation à l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques (unité de liaison psychiatrique), groupes de parole (accompagnement par une psychologue), sophrologie ; l'aménagement du lieu de vie, la prévention des chutes, la sensibilisation au risque d'incendie ; mémoire : théâtre intergénérationnel, photos, ateliers des cinq sens, ateliers de stimulation cognitive, art-thérapie ; intergénérationnel (papy-foot, aide aux devoirs, théâtre).

¹⁰⁵ Le décret n° 2016-209 du 26 février 2016 relatif à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CFPPA) stipule que doivent être établis un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus et un recensement des initiatives locales. La mission n'a pas été en mesure de se procurer ces travaux.

de l'attribution de financements pour un montant de 696 915 € concernant 59 projets annuels et pluriannuels¹⁰⁶.

Enfin, et en complément, la DASES subventionne certaines associations à hauteur de 622 000€¹⁰⁷ pour des actions diverses de prévention (Prévention santé, lien social, activités intergénérationnelles, cafés des aidants, bénévolat, accès aux droits, accompagnement, rencontres, loisirs culturels, visites à l'hôpital etc.).

Le CASVP gère quant à lui 65 clubs « seniors » - parfois situés dans une résidence-services ou une résidence-appartements - ouverts aux habitants du quartier. Ces lieux de proximité proposent de nombreuses activités gratuites (manuelles, culturelles, artistiques, physiques, multimédia, etc.), ainsi que des stages et des ateliers avec une participation financière calculée en fonction des revenus¹⁰⁸.

Si ces actions, nombreuses, ne sont pas toutes de même nature que celles fixées par les textes¹⁰⁹, certaines semblent néanmoins similaires ou se superposer sans que leurs objectifs soient clairement définis. **L'offre de prévention de la perte d'autonomie parisienne nécessite d'être construite et clarifiée selon une approche de « parcours lié à l'avancée en âge » et selon un « chaînage des actions ».**

Cette clarification demande en préalable l'élaboration d'un référentiel commun qui schématiquement, pourrait distinguer les trois niveaux suivants¹¹⁰ : la prévention primaire¹¹¹, la prévention secondaire¹¹² et la prévention tertiaire¹¹³.

Cette démarche doit être également accompagnée d'une formation et sensibilisation de tous les intervenants aux problématiques de la prévention de la perte d'autonomie afin de dispenser une culture commune.

L'accès de tous et le plus précocement possible doit constituer un objectif stratégique partagé par l'ensemble des acteurs en contact avec les séniors parisiens.

¹⁰⁶ Délibération 2020 DASES 157 : Mise en œuvre de la 9^{ème} conférence des financeurs de la prévention de l'autonomie de Paris-attribution de participations au titre de l'enveloppe « autres actions de prévention » et conventions. Conseil de Paris- juillet 2020.

¹⁰⁷ Sources : DASES- Tableau des montants arbitrés des subventions pour 2019 (622 128€).

¹⁰⁸ Des créneaux horaires peuvent aussi être réservés dans les établissements sportifs de la Ville pour la réalisation des actions déléguées par le CASVP à des associations. En outre, au printemps 2019, un espace sportif pour les seniors a été ouvert dans une résidence-appartements du 3^{ème} arrondissement. Des séances de sport adapté sont dispensées par un éducateur sportif spécialement formé. Cette activité s'adresse aux personnes âgées de 55 à 70 ans, encore en activité ou à la retraite. Le tarif horaire de 70 € est pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

¹⁰⁹ Loi ASV et décret de mai 2016 relatif à la prévention de la perte d'autonomie.

¹¹⁰ Cf. Rapport « Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie » - Dr JP Aquino, président du comité « Avancée en âge » - Mission d'appui de la DGCS à la loi ASV (septembre 2015).

¹¹¹ La prévention primaire se situe en amont et au-delà du vieillissement et ambitionne notamment de "promouvoir une culture de l'autonomie tout au long de la vie" ; elle passe, entre autres, par la promotion d'une alimentation favorable à la santé, le développement des activités physiques et sportives, des mesures en faveur de la santé des aidants, l'aide à l'émergence d'un projet de vie après la retraite, la lutte contre l'isolement ; elle vise aussi à la promotion d'une démarche globale ("Villes amies des aînés") et à garantir la mobilité et l'accessibilité dans la ville.

¹¹² La prévention secondaire prévient les pertes d'autonomie évitables par l'amélioration de l'octroi des aides techniques et des diagnostics sur l'habitat, de lutter contre la sédentarité (tout en améliorant la prévention des chutes), de prévenir les risques de dépression et les troubles sensoriels.

¹¹³ La prévention tertiaire entend éviter l'aggravation des situations "déjà caractérisées par une incapacité" ; elle vise en particulier la lutte contre la dénutrition, l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie, la mobilisation des structures hospitalières autour de l'accompagnement du retour à domicile ou encore la formation et la sensibilisation des personnels des services d'aide et de soins à domicile et des EHPAD.

Enfin, sur l'ensemble de ces actions de prévention, on note une certaine absence : de coordination interne, de recensement et d'évaluation de l'offre¹¹⁴. Ce contexte induit un système d'information peu lisible et non localisé alors même que la prévention se joue essentiellement pour une part importante de ce public dans une grande proximité. Cette dispersion rend plus complexe encore l'appréciation de l'incidence de cette politique, à moyen et long terme, sur l'espérance de vie en bonne santé des parisiens âgés¹¹⁵.

Ainsi, la pertinence de ces nombreuses actions au regard des besoins ne peut être démontrée, ni leur fréquentation par les seniors les plus fragiles (isolés, catégories socio-professionnelles exposées, etc.). Leur objectif, leur organisation et leur évaluation apparaissent comme un enjeu prioritaire. Le rapprochement DASES/CASVP, ainsi que la future direction de la santé devraient permettre de progresser dans le pilotage de ces actions.

La DASES indique dans sa réponse au rapport provisoire qu'un pilotage stratégique est en place depuis 2016 via la Conférence des financeurs laquelle consacre un volet de son action au suivi et à la coordination de quelques 160 actions mises en œuvre annuellement par des porteurs sur l'ensemble du territoire. Un diagnostic a été réalisé dans ce cadre et a alimenté les travaux. Des outils d'information ont été diffusés (catalogue des actions et guide seniors à Paris). Pour autant, l'Inspection générale estime nécessaire d'évaluer l'adaptation et l'impact de ces actions aux populations les plus fragiles et de poursuivre les actions d'information engagées.

Recommandation 23 : Au-delà du pilotage stratégique des actions de prévention de la perte d'autonomie par la Conférence des financeurs, évaluer leur répartition et leur adaptation en référence aux données sociodémographiques locales. Poursuivre les actions de sensibilisation et d'information engagées (grand public et intervenants).

5.2.3. Prendre soin des personnes âgées isolées dans les situations de risques sanitaires

Depuis le drame de l'été 2003, un plan d'alerte et d'urgence est instauré dans chaque département au profit des personnes âgées en période de veille caniculaire¹¹⁶.

Les villes se doivent de créer un dispositif d'auto-inscription des personnes âgées et les inciter par tous les moyens à s'inscrire. L'objectif, est d'exercer une vigilance particulière en direction des personnes isolées, sans entourage et sans suivi. A Paris, un fichier dénommé « Chalex » (chaleur extrême) a ainsi été constitué.

En cas de déclenchement du plan Canicule (niveau 3), le prestataire mandaté par la Ville contacte par téléphone les personnes inscrites pour prendre de leurs nouvelles. Celle-ci peut donner lieu à un simple conseil et si la situation semble présenter des risques, elle peut être signalée et être suivie d'une intervention sociale des services sociaux de

¹¹⁴ Y compris une impossibilité de chiffrer la dépense globale engagée par la Ville dans ce domaine.

¹¹⁵ La difficulté d'évaluer l'impact des politiques de prévention est une question générale. Seule, la méthode de suivi d'une population (cohorte) bénéficiaire de l'action sur un temps long permet généralement d'en apprécier les effets.

¹¹⁶ Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et ses décrets d'application. Le niveau 1 de « veille saisonnière » entre automatiquement en vigueur du 1er juin au 15 septembre.

proximité, d'une demande d'intervention du médecin traitant ou encore d'une intervention en urgence du SAMU de Paris.

Au niveau extrême, il est conseillé aux personnes âgées de rejoindre une salle rafraîchie proche de leur domicile. Elles peuvent y être accompagnées par des agents volontaires de la Ville.

Alors même que la gestion opérationnelle de ce dispositif relève d'une priorité de la cartographie des risques de la collectivité, en 2019, ce fichier ne comptait que 8 000 inscrits, ce qui semble très peu par rapport au public potentiellement concerné¹¹⁷.

Ce faible taux d'inscription est d'autant plus préoccupant qu'il constitue en période de crise sanitaire, comme celle liée à la Covid 19¹¹⁸, un support essentiel à l'aide de proximité apportée par la Ville aux personnes âgées isolées vivant à domicile.

En juin 2020, [.....], la Ville (DASES) a été contrainte de reprendre la gestion de ce service au parisien puis de le confier à un nouveau téléopérateur. **Depuis lors, la dénomination du fichier est « Reflex ».**

Le membre de phrase qui précède a été occulté conformément aux dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs.

Sans préjuger d'une saisine à venir de l'Inspection générale sur ce thème, des mesures pourraient dès à présent être prises pour « réactiver » le dispositif parisien.

Recommandation 24 : Susciter les inscriptions au fichier « Reflex » en incluant une demande de consentement dans les formulaires de demande d'APA à domicile et en diffusant une information à remettre aux parisiens âgés, usagers des services sociaux, médico-sociaux et médicaux de proximité.

Cette information doit être mise à disposition des sections d'arrondissement du CASVP, SSDP, MZA, SAAD, SSIAD, ordre des médecins, ordre des pharmaciens, services hospitaliers gériatriques, mutuelles ou encore la Poste pour obtenir un maximum d'inscriptions des personnes âgées isolées en perte d'autonomie au fichier « Reflex ».

La DASES reconnaît que le nombre de personnes inscrites au fichier Reflex reste faible (environ 10 000 en mai 2021) par rapport au nombre potentiel de personnes pouvant être concernées mais indique que l'inscription repose sur une demande de la personne concernée. L'Inspection générale confirme que le travail d'élargissement en cours doit être accéléré, en particulier sur toutes les nouvelles demandes d'APA à domicile.

¹¹⁷ 170 000 Parisiens âgés de plus de 75 ans dont près de la moitié, 84 000, vivent seuls à leur domicile. 109 560 ont plus de 80 ans et 52% vivent seuls.

¹¹⁸ Un avis favorable de la CNIL a été donné sur l'utilisation de ce fichier dans le cadre de l'épidémie de la Covid19 (Cf. Les registres communaux d'alerte et d'informations des populations -14 avril 2020).

Concernant l'organisation des services, il convient de définir le rôle de l'équipe médico-sociale APA et du service administratif d'instruction des demandes d'APA dans le dispositif « Reflex » (Cf. § 5.4).

5.2.4. Le contrôle des établissements et services et le recueil et traitement des signalements

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux se doivent de signaler aux autorités compétentes tout évènement indésirable ou dramatique survenant dans leurs structures. L'autorité compétente doit analyser les signalements et réclamations et évaluer les suites à donner (instruction sur pièces ou par contrôle ou enquête)¹¹⁹.

Les compétences de contrôle de ces établissements et services dans ce secteur sont complexes car le plus souvent croisées entre le Département et l'ARS¹²⁰. **C'est pourquoi, les champs de compétences de l'autorité de contrôle nécessitent d'être précisés. Elle doit habiliter les agents qu'elle peut y affecter et le règlement départemental doit arrêter les modalités de ce contrôle.**

Sur ce point, les réponses apportées n'ont pas permis aux auteurs d'appréhender l'organisation générale de contrôle des structures, de recueil et de traitement des réclamations et signalements et moins encore de mesurer les types et le volume d'incidents.

Les auteurs souhaitent insister sur l'importance d'un dispositif suffisamment organisé et doté dans ce domaine (établissements et services à domicile) porteur de risque pour la Ville dans la mesure où la personne âgée en perte d'autonomie bénéficie d'une protection juridique spécifique, reconnue aux personnes vulnérables¹²¹.

Recommandation 25 : Prévoir une mission spécifique sur l'organisation du système de contrôle, de recueil et traitement des réclamations et signalements concernant les ESMS chargés des personnes âgées. Évaluer le partenariat avec l'association Allô Maltraitance des Personnes Âgées (ALMA-Paris), subventionnée par la DASES¹²².

La DASES précise que l'organisation du système de prévention de la maltraitance en établissements et services médico-sociaux a été revue via la structuration du contrôle, du recueil et du traitement des réclamations. Elle va continuer à renforcer la promotion de la bientraitance.

Le système de contrôle, de recueil et de traitement des réclamations et signalements s'effectue en application des dispositions légales et réglementaires tels que listées par

¹¹⁹ Rapport IGAS « Contrôle des structures sociales et médico-sociales-Guide méthodologique pour la construction d'un contrôle d'une structure sociale ou médico-sociale -Novembre 2014.

¹²⁰ Compétences conjointes Département/ARS : EHPAD, PUV, SPASAD. Compétences département : SAAD, CLIC. Compétence ARS/ SSIAD.

¹²¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et Olivier Poinsot, *Le Droit des personnes accueillies ou accompagnées, les usagers dans l'action sociale et médico-sociale*, Bordeaux, LEH Édition.

¹²² Délibération 2019 DASES 221 : subvention (80 000 €) et convention avec l'association Allô Maltraitance des Personnes Âgées (ALMA-Paris).

l'art L312-1 du CASF, et sur des dispositions spécifiques selon le type d'établissements. Une procédure formalisée a été mise en place pour le traitement des faits signalés selon qu'ils relèvent d'un signalement, d'une plainte ou d'un événement indésirable grave (EIG).

Concrètement, la sous-direction de l'autonomie a décidé de redéployer des moyens humains sur cette question. Elle assure notamment une fonction de veille par un programme annuel préventif d'inspections. L'association ALMA fait l'objet d'un suivi régulier par le bureau en charge des personnes âgées, un travail approfondi sur la maltraitance est initié (avec l'identification d'une référente au sein de la sous-direction de l'autonomie).

Par ailleurs, en 2018, un « schéma départemental d'aide aux victimes d'infractions pénales » ainsi qu'un guide spécifique à l'attention des professionnels¹²³ ont été élaborés par la Ville et le Parquet. Faute d'éléments, la mission n'a pas été en mesure d'apprécier les premiers résultats de ce partenariat notamment pour ce qui concerne les parisiens âgés. Une évaluation qui pourrait être menée conjointement paraît nécessaire.

Une demande d'information sur l'évolution des mesures au civil (tutelles et curatelles) (cf. §5.2.5) serait également utile à la conduite de la politique publique (prochain schéma).

Recommandation 26 : En lien avec le Parquet évaluer le dispositif mis en place pour les personnes âgées dans le cadre du « schéma départemental d'aide aux victimes d'infraction pénale ». Saisir le Parquet d'éléments chiffrés pour connaître l'évolution des mesures prononcées au civil (tutelles et curatelles) concernant les personnes âgées.

L'Inspection générale confirme l'importance du bilan et de l'évaluation du dispositif, lesquels ont été reportés, selon la DASES, en raison de la crise sanitaire même si les premiers retours du Parquet semblent montrer la pertinence du dispositif. Il en va de même de l'évolution des mesures de protection prononcées au civil.

5.2.5. La protection des majeurs

Les EHPAD et les PUV, ont l'obligation de mettre en œuvre la fonction de mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM)¹²⁴ au profit des personnes qui y sont

¹²³ Guide pour les professionnels - Modalités de rédaction d'un signalement au procureur pour les personnes majeures vulnérables-rédigé en collaboration avec le Parquet - DASES - Février 2019. Ce guide est la disposition des professionnels sur le site de la DASES.

¹²⁴ Le code civil (Article 451) dispose que, lorsque « l'intérêt de la personne hébergée ou soignée dans un établissement de santé ou dans un établissement social ou médico-social le justifie, le juge peut désigner, en qualité de curateur ou de tuteur, une personne ou un service préposé de l'établissement inscrit sur la liste des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ».

accueillies¹²⁵. Pour répondre à cette obligation, la loi interdit aux établissements de déléguer cette mission à un organisme extérieur.

Si une partie des résidents sont d'ores et déjà sous protection juridique à leur admission¹²⁶, les rapporteurs ne disposent d'aucun élément permettant d'apprécier le besoin et le fonctionnement des EHPAD parisiens dans ce domaine pourtant essentiel qu'est la protection des personnes vulnérables. Ils estiment cependant vraisemblable que ces personnes soient relativement nombreuses.

Les rapporteurs appellent l'attention sur la sensibilité de cette mission, y compris en termes de risques (du fait de l'isolement dans lequel se trouvent nombre de Parisiens âgés), et sur l'importance qu'elle revêt pour les résidents concernés. Cette obligation s'imposant à tout gestionnaire, cette question devrait faire l'objet d'une attention particulière de la part de la DASES et de l'ARS par son intégration dans les CPOM ainsi qu'au référentiel portant sur les procédures de contrôle des établissements.

Dans le cadre du contexte épidémique Covid, des consignes ont été rappelées¹²⁷.

Lorsque des mesures d'encadrement renforcé ou de suspension des visites sont réactivées, les établissements doivent veiller à ce que les mandataires (familiaux et professionnels) puissent bénéficier d'un accès régulier aux résidents dont ils exercent la mesure de protection. Toute mesure portant atteinte à ce droit doit être strictement limitée et proportionnée à la situation qui la justifie. Elle doit être notifiée au mandataire qui pourra en référer au juge des contentieux et de la protection.

5.3. Adapter l'offre aux parcours des personnes âgées en perte d'autonomie

5.3.1. Développer les formes intermédiaires de prise en charge

Le choix prioritaire du maintien à domicile ne peut être considéré comme une solution adaptée à toutes les situations. En effet, certaines situations ne peuvent le permettre sans mettre la personne en danger : pathologies, isolement, mauvaise accessibilité du bâtiment, inadaptation du logement, complexité ou coût de l'organisation de la prise en charge etc.

Il convient par conséquent de sortir du cloisonnement et mettre en œuvre une vraie mutation entre le domicile et l'EHPAD, solution ultime lorsque le maintien au domicile est devenu impossible.

Cette orientation suppose de développer des formes intermédiaires de prise en charge : résidence-autonomie, hébergement temporaire, accueil de jour, habitat intergénérationnel et habitat inclusif, etc.

¹²⁵ La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs maintient l'alternative pour le juge, déjà existante dans le cadre de la loi du 3 janvier 1968. Ordonnance n°2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social et médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique (JO du 12 mars 2020).

¹²⁶ Le CASVP met actuellement en place un dispositif qui, dans un premier temps, serait centralisé, avec un préposé qualifié pour l'ensemble de ses EHPAD.

¹²⁷ Le 12 octobre 2020 par le Ministère des solidarités et de la santé.

➤ l'habitat inclusif

L'habitat inclusif constitue une réponse complémentaire au logement ordinaire et une alternative à l'hébergement en institution. Il s'agit de petits ensembles de logements indépendants, caractérisés par des espaces de vie individuelle associés à des espaces de vie partagée, dans un environnement adapté et sécurisé. Différentes mesures sont engagées au plan national pour encourager le développement de formules d'habitat inclusif : l'organisation des conférences des financeurs de l'habitat inclusif, un soutien financier, mais aussi des outils tels qu'un guide d'aide au montage de projet ou des temps d'échanges de bonnes pratiques entre acteurs concernés, coordonnés par l'Observatoire national de l'habitat inclusif. Depuis 2019, l'habitat inclusif a fait l'objet de nombreux projets tandis qu'à Paris, il s'agit d'une offre en émergence.

Différents leviers peuvent permettre de développer ce type d'offre à Paris :

- la conférence des financeurs¹²⁸, également compétente en matière d'habitat inclusif, sous le format « conférence des financeurs de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées », n'a pas été, à la connaissance des auditeurs, installée à Paris ;
- le lancement d'appels à manifestation d'intérêt, comme celui récemment lancé en Ile-de-France par l'ARS en lien avec le Département de Paris¹²⁹.

➤ Les résidences autonomie

A Paris, le vieillissement attendu, le taux élevé des situations d'isolement ou encore faute d'adaptation, les personnes ne pouvant rester dans un logement ordinaire, les résidences autonomie tiendront un rôle intermédiaire de plus en plus prépondérant dans l'offre domiciliaire parisienne¹³⁰ pour les personnes modérément dépendantes.

Favoriser le maintien à domicile et limiter la création de places en EHPAD, comme le plébiscitent les politiques actuelles pourrait entraîner un report vers les résidences autonomie.

La dernière étude de la DREES¹³¹, outre les besoins de création d'Ehpad, estime qu'il faudrait multiplier cette offre par 1,5 à 2,5 en 2030. Selon le scénario d'évolution du nombre de places en EHPAD retenu, le besoin passerait de 104 000¹³² à 137 000 personnes âgées en résidences autonomie de 2019 à 2030 et à 181 000 en 2050.

Ce contexte, conduit les auteurs à émettre l'hypothèse d'un besoin accru de résidences-autonomie à Paris.

A l'exception des propositions émises par le CASVP¹³³, portant essentiellement sur des transformations, et en attente d'arbitrage (4.4.3.2), ils n'ont pas eu connaissance de nouveaux projets.

¹²⁸ Pour mémoire, la conférence des financeurs est présidée par le Président du conseil départemental qui a la compétence de son animation et coprésidée par l'ARS (article L.233-1 du CASF).

¹²⁹ La phase de sélection finale des projets doit intervenir en juin 2020.

¹³⁰ Entre le domicile et un accueil éventuel en Ehpad.

¹³¹ DREES Etudes et Résultats n° 1172 : « Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030 » Décembre 2020.

¹³² Données 2019.

¹³³ Note du 7 janvier 2020 « Enjeux de la remise à niveau du parc immobilier du CASVP destiné aux personnes âgées » ; « Stratégie immobilière du CASVP pour les établissements hébergeant des personnes âgées 2020-2026 ».

En lien avec la recommandation n°11, l'Inspection générale préconise une étude d'évaluation des besoins dans la perspective d'une programmation de création de nouvelles résidences autonomie. Celle-ci pourrait être prise en compte dans le cadre du programme de création de logements de la mandature.

Par ailleurs, l'existence ou l'absence d'un besoin supplémentaire en places habilitées à l'aide sociale ne peut actuellement être mesurée. Les auteurs préconisent une étude dans ce domaine¹³⁴.

Les auditeurs ont aussi constaté l'absence de conseils de la vie sociale (CVS) dans ces structures du CASVP, ils en préconisent la mise en place ainsi que le contrôle par la DASES de l'ensemble des résidences autonomie parisiennes.

Recommandation 27 : Mettre en place des conseils de la vie sociale (CVS) dans les résidences autonomie gérées par le CASVP.

Le CASVP indique en réponse à cette recommandation que dans le cadre d'un projet global relatif aux résidences autonomie (RA), la mise en place de CVS constitue l'un des axes retenus pour renforcer l'implication des résidents et répondre aux exigences de la réglementation. Le CASVP travaille sur deux hypothèses principales : soit un CVS commun à l'ensemble des RA (ou mutualisés sur plusieurs RA), soit un CVS par RA. L'Inspection générale confirme l'importance d'une concrétisation de ce dispositif dans les meilleurs délais, au regard du droit des usagers et dans un souci de proximité.

Recommandation 28 : Contrôler l'effectivité de la mise en place des conseils de la vie sociale (CVS) dans l'ensemble des résidences autonomie parisiennes.

En réponse à cette recommandation, la DASES s'engage à réaliser une enquête en ce sens.

➤ l'hébergement temporaire

Cette modalité de prise en charge peut jouer un rôle essentiel parmi les offres de maintien à domicile et d'aide aux aidants. Elle occupe néanmoins une place marginale à Paris : pour rappel, sur les 78 EHPAD, 23 -relevant du secteur associatif et lucratif- développent l'accueil temporaire en offrant un peu plus de 2% du total des places (soit 178 places sur 8 026). Il convient d'engager une étude d'évaluation des besoins notamment pour les raisons suivantes : aide aux aidants, sorties d'hospitalisation, travaux d'adaptation des logements, maintien à domicile renforcé.

¹³⁴ Cf. recommandation n° 15.

Recommandation 29 : Procéder à une étude globale sur les besoins et dimensionner l'offre d'hébergement temporaire au regard des résultats de cette étude.

La DASES indique que « l'enjeu n'est pas l'augmentation du nombre de places mais l'amélioration du recours aux places existantes. Le taux d'occupation dans les hébergements temporaires n'est pas très élevé ». Elle mentionne les raisons de ce faible recours : reste à charge, limitation de la durée de prise en charge par l'aide sociale, et que la réflexion sera poursuivie dans le cadre du schéma et des travaux sur les lieux de vie à favoriser et développer.

L'Inspection générale n'a pas eu connaissance de ce taux d'occupation qui en soi ne constitue pas un indicateur des besoins, notamment au regard de l'augmentation du nombre de personnes âgées à domicile, de la continuité de leur prise en charge et de la politique d'aide aux aidants. Elle prend note de la réflexion à engager dans le cadre du schéma.

Plus globalement, au moment où des expérimentations telles que celle des « EHPAD hors les murs » vont être engagées à Paris, une étude approfondie du chaînage « accueil de jour, hébergement temporaire, EHPAD » apparaît nécessaire.

➤ les centres d'accueil de jour

Comme indiqué précédemment (§ 1.2.1), le faible taux de fréquentation constaté dans les centres d'accueil de jour (CAJ), ne peut être interprété comme une absence de besoin, la question de l'information sur l'accueil de jour et sa valorisation paraît un préalable à tout plan d'action. En lien avec l'ARS, cette information peut s'appuyer d'une part sur les vecteurs de proximité essentiels d'information, d'orientation et d'accompagnement, comme les M2A ou les SPASAD, et d'autre part sur les sites d'information professionnels respectifs du secteur hospitalier et de l'Ordre des médecins de Paris.

Recommandation 30 : Élaborer avec l'ARS un support commun d'information sur les centres d'accueil de jour, ainsi qu'une circulaire aux M2A et aux SPASAD. Solliciter l'ARS pour qu'une information soit dispensée au secteur hospitalier et à l'ordre des médecins de Paris.

La DASES confirme que la fréquentation des CAJ est très inégale et s'explique en partie par un manque de connaissance du dispositif. Elle envisage une communication auprès des services hospitaliers en particulier (services hospitaliers de gériatrie, de neurologie et les hôpitaux de jour) et des services d'aide à domicile. L'Inspection générale insiste sur l'information aux médecins généralistes via l'ordre des médecins.

5.3.2. Augmenter l'offre d'accueil spécialisé

La forte progression du nombre de personnes âgées dépendantes à partir de 2030 confirme le positionnement des Ehpads comme offre centrale dans la prise en charge des personnes âgées les plus touchées par la perte d'autonomie.

Les besoins en places d'EHPAD, doivent certes être évalués en tenant compte du fait que ces structures deviendraient à terme une modalité de prise en charge en quelque sorte « subsidiaire ». Pour autant, la méthodologie et les projections effectuées à l'appui du « statu quo » retenu par le dernier schéma gérontologique parisien incitent à la plus grande prudence (cf §2.3.4). Les différentes recommandations émises par les auditeurs visent à mieux cerner le besoin prévisionnel et son taux de couverture en s'appuyant sur : des données et prévisions démographiques affinées, un suivi des évolutions des GIR de l'APA à domicile, un système d'évaluation de la demande d'admission (listes d'attente, dossier unique), une évaluation de la structure tarifaire de l'offre et la pleine mesure des risques de réduction des possibilités d'accueil extra muros et dans les USLD.

Pour ces différentes raisons, une politique volontariste de développement de places d'hébergement (en d'Ehpad, PUV ou résidences autonomie) est essentielle au maintien dans leur ville de tous les Parisiens âgés en perte d'autonomie qui le souhaitent à des tarifs acceptables.

En sa qualité de chef de file, la Ville-Département de Paris a pour compétence, en accord avec l'ARS, de prévoir sur le territoire une réponse adaptée à l'ensemble des besoins dans ce domaine.

S'il est acté, le redimensionnement de l'offre d'hébergement doit pouvoir s'appuyer sur des montages innovants et de nouveaux partenariats. Il s'agit de faire face aux difficultés liées à la disponibilité et au coût du foncier générant une structure tarifaire de l'offre largement orientée par l'importance du secteur lucratif et pouvant générer des risques d'éviction de certaines catégories de parisiens (Cf.§. 2.3.3)

Des solutions innovantes peuvent être explorées :

- la réalisation d'une étude conjointe par la DASES et la DLH, les bailleurs sociaux de la Ville et l'OFS « La Foncière de la Ville de Paris » en vue d'examiner les possibilités de recours au dispositif du bail solidaire pour redimensionner l'offre d'hébergement.

- le développement de projets communs en partenariat avec d'autres départements et l'ARS ; Ces partenariats pourraient s'élaborer dans le cadre de la Métropole du Grand Paris (MGP) ou, plus directement, avec des départements d'Ile de France.

Recommandation 31 : Réaliser une étude conjointe par la DASES, la DLH, les bailleurs sociaux de la Ville et l'OFS « La Foncière de la Ville de Paris » en vue d'examiner les possibilités de recours à ce dispositif pour la création de nouveaux EHPAD, en priorité publics et le développement de programmes d'habitat inclusif et de petites Unités de Vie (PUV) intégrées aux opérations de logements sociaux.

La DASES reprendra l'attache de la DLH pour voir comment le dispositif de la « Foncière de la Ville de Paris » peut être mobilisé pour la création de structures médico-sociales. Les échanges engagés avec la DLH concernant le développement de l'habitat inclusif pourront intégrer la question du recours à la foncière pour ce type d'habitat. L'Inspection générale insiste sur la nécessité d'une expertise juridique croisée entre la DASES, la DLH et la DAJ.

Recommandation 32 : Dans l'objectif d'augmenter le nombre de places en établissement à des tarifs abordables pour les parisiens, étudier les modalités de participation de la Ville à la création de structures publiques initiée par des départements d'Ile-de-France en tenant compte de l'offre de transport actuelle et à venir.

La DASES indique que cette réflexion est déjà avancée dans le secteur du handicap. L'Inspection générale ne peut que préconiser une démarche identique pour le secteur personnes âgées.

5.3.3. L'évolution des EHPAD

Ces établissements et leurs personnels ont été particulièrement éprouvés par la crise de la COVID 19, laquelle a intensifié les critiques préexistantes et mis en lumière les points faibles concernant tant la conception des locaux et l'organisation des espaces, que leur mode de fonctionnement. Des réflexions sont d'ores et déjà engagées sur les évolutions souhaitables.

S'il est nécessaire eu égard à la dépendance de plus en plus sévère de leurs résidents, de veiller aux taux d'encadrement et aux qualifications des personnels en EHPAD, il convient aussi de faire évoluer leur modèle actuel en favorisant des pratiques d'accompagnement innovantes en ouvrant celui-ci sur l'extérieur à travers l'offre de services à la population du quartier et un travail « en réseau » avec le secteur du maintien à domicile (aide et soins)¹³⁵.

Le Rapport Libault propose¹³⁶ un nouveau statut, « l'établissement territorial » qui recevrait « une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge ».

Des dispositifs de type EHPAD hors-les murs ou EHPAD-plateforme de services, peuvent ainsi être développés. L'ensemble de ces évolutions concourent à la diversification de l'offre intermédiaire entre le domicile et les établissements, aujourd'hui en cours d'élaboration à Paris¹³⁷.

5.3.4. Adapter l'offre du CASVP à court et moyen terme

L'offre publique parisienne s'est inscrite au fil du temps dans une dynamique d'évolution.

Ainsi, sur les dix dernières années, l'effort d'investissement du CASVP et de la collectivité parisienne a permis d'augmenter l'offre d'hébergement avec la construction de 4 nouveaux Ehpads¹³⁸ et la réalisation de 3 restructurations lourdes¹³⁹. Par ailleurs, le CASVP a pu spécialiser certaines unités ou établissements, en réponse au besoin d'accueil de personnes atteintes de troubles psychiatriques ou de la maladie d'Alzheimer. L'établissement public travaille également sur un projet de développement de la télémédecine à domicile, pour pallier le déficit de médecins se déplaçant à domicile.

Dans le domaine de l'accompagnement du maintien à domicile, la création d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) s'inscrit dans un objectif de

¹³⁵ Cf. Guide ANAP (Appui santé et médico-social) : Transformation de l'EHPAD- S'adapter aux nouveaux besoins des personnes âgées. Ce guide s'attache à recenser les nouvelles pratiques organisationnelles ou d'accompagnement observées afin d'identifier des leviers susceptibles de soutenir la transformation de ce secteur (septembre 2020).

¹³⁶ Proposition n° 46 p 79.

¹³⁷ Cf. les appels à projet initiés par la DASES et l'ARS.

¹³⁸ Ehpads Girardot (13^{ème}), François 1^{er} (2^{ème}), Prin (14^{ème}) et Valsecchi (15^{ème}).

¹³⁹ Ehpads Payen (15^{ème}), Harmonie (94), Belleville (20^{ème}).

développement des prises en charge coordonnées, les besoins de la personne étant pris en compte dans leur globalité (aide, accompagnement, et soins).

Le CASVP a récemment présenté un projet de « soutien renforcé à domicile » en réponse à un appel à manifestation d'intérêt lancé par l'ARS.

Ces évolutions doivent être poursuivies dans cette perspective d'adaptation de l'offre aux parcours des personnes âgées. Ainsi, les Ehpad du CASVP ne proposent pas d'hébergement temporaire, l'établissement public ne propose pas non plus de centre d'accueil de jour. Le parc des résidences service et appartements constitue une opportunité majeure en termes de consolidation d'une offre de type « intermédiaire », sous réserve d'une remise à niveau immobilière.

La nécessaire restructuration du parc immobilier et la consolidation d'une l'offre publique diversifiée

Dans une note adressée en janvier 2020 au SG, le CASVP propose une stratégie immobilière pour ses établissements hébergeant des personnes âgées, pour la période 2020/2026.

Le CASVP souligne que ce projet conditionne le maintien à Paris d'un service public de qualité pour l'hébergement et le logement des personnes âgées les plus modestes ou précaires.

La stratégie immobilière proposée comporte deux axes : l'engagement d'un programme de restructuration des résidences autonomie et la poursuite du plan de modernisation des Ehpad. Les opérations intégreront un volet d'amélioration des performances énergétiques du bâti.

➤ La mise aux normes des résidences autonomie

Au sein du parc des 23 résidences autonomie, le CASVP indique que 10 d'entre elles - totalisant actuellement 705 places - ne respectent pas les normes de confort minimal¹⁴⁰ en particulier les prestations socle que doivent offrir les résidences pour obtenir la qualification de résidence autonomie. Tout logement doit en effet comporter au moins une pièce spéciale pour la toilette, avec une douche, pouvant toutefois être commune à 5 logements au maximum. Sur la base de différents critères, le CASVP propose un priorisation des opérations à conduire sur la prochaine mandature, dans le respect du cahier des charges des résidences autonomie. Sont ainsi proposées 5 opérations avec création de douches partagées¹⁴¹ et 5 opérations de restructuration lourde¹⁴².

Le budget prévisionnel du CASVP pour 2021¹⁴³ prévoit la restructuration de la résidence autonomie «Les Epinettes » (budget arrêté 8M€).

➤ La création de résidences autonomie sur les territoires actuellement non couverts

Le CASVP propose de créer dans les 19^{ème}, 16^{ème}, et 20^{ème} arrondissements, trois nouvelles résidences autonomie par transformation de résidences appartements, et fonctionnant en réseau avec une ou plusieurs résidences appartements voisines.

➤ La poursuite des restructurations d'Ehpad

¹⁴⁰ Définies par la loi ASV et le code de la construction et de l'habitat (CCH Art.R113-1).

¹⁴¹ Résidences : Madeleine Béjart, 3^{ème} ; Saint Sauveur, 2^{ème} ; Omer Talon, 11^{ème} ; Caulaincourt, 18^{ème} ; Saint Eloi, 12^{ème}.

¹⁴² Résidences : Epinettes, 17^{ème} ; Beaunier et Maine, 14^{ème} ; Résidence appartement Jouvenet, 16^{ème} ; Bon accueil, 18^{ème}.

¹⁴³ Source : communication BP 2021 du CASVP -Conseil de Paris de décembre 2020.

Selon le CASVP, à mi 2020, 4 établissements sur 16 restent à restructurer. Si la restructuration de l'un d'entre eux¹⁴⁴ est engagée, deux restructurations lourdes- sous forme de démolitions reconstruction - sont jugées prioritaires sur la mandature actuelle au regard de l'état de vétusté et du niveau de confort des établissements¹⁴⁵. Il resterait un Ehpad à restructurer¹⁴⁶.

Le budget prévisionnel du CASVP pour 2021¹⁴⁷, prévoit le démarrage de la restructuration de l'Ehpad Arthur Groussier de Bondy (budget arrêté 21,3 M€) et l'amélioration de l'Ehpad Galignani de Neuilly S/Seine (1,6 M€).

Le plan de financement proposé par le CASVP intègre des cessions de résidences devenues inadaptées, et/ou dont la forte valeur immobilière permet de recréer à des logements plus adaptés et plus nombreux. Cet apport en fonds propres devra être complété par le soutien de la collectivité parisienne et d'autres financeurs (ARS, Région, CNSA).

Les auditeurs ajoutent que ce projet qui s'inscrit dans l'objectif de diversification de l'offre, doit faire l'objet d'un examen dans le cadre de l'arbitrage du prochain PIM (Programme d'investissement de la mandature)¹⁴⁸.

Recommandation 33 : Examiner le plan de financement relatif à la mise à niveau du parc immobilier du CASVP à l'aune des nouvelles opportunités de financement.

La DASES confirme que cette mise à niveau est un enjeu fort, une réflexion est actuellement en cours, aussi bien dans le cadre du PIM qu'avec l'appui des partenaires (ARS, CNAV, CNSA...) susceptibles d'apporter des financements complémentaires. L'Inspection générale insiste sur l'urgence à mobiliser les dispositions du plan de relance sauf à risquer des fermetures partielles ou totales de certains établissements (Ehpad et/ou résidences autonomie).

5.4. Accompagner et coordonner l'évolution de la perte d'autonomie

L'amélioration de l'accompagnement et des parcours doit être privilégiée, par la mobilisation de tous les acteurs autour d'un ensemble de leviers : la prévention de la perte d'autonomie ; la cohérence entre parcours de santé et accompagnement social et médico-social ; des systèmes d'information plus performants et articulés entre les différents secteurs ; une meilleure maîtrise des conditions et des processus d'accès et d'attribution des droits sociaux et prestations légales.

¹⁴⁴ Ehpad Arthur Groussier, Bondy, 93, dont le financement est assuré dans le cadre du programme d'investissement municipal (PIM) 2014-2020.

¹⁴⁵ Ehpad Cousin de Méricourt (Cachan, 94) et Julie Siegfried (14^{ème}).

¹⁴⁶ Ehpad Galignani (Neuilly, 92).

¹⁴⁷ Source : Communication BP 2021 du CASVP -Conseil de Paris de décembre 2020.

¹⁴⁸ Le récent plan de relance gouvernemental sur 5 ans constitue une opportunité de co-financement par l'Etat des opérations de mise aux normes (cf § 4.3).

5.4.1. Le rôle de « référent » du professionnel de l'EMS-APA

La loi désigne le professionnel de l'EMS-APA comme « référent ». Le « *bénéficiaire (ou ses proches) peut (peuvent) le contacter à tout moment pour demander une réévaluation de la situation* »¹⁴⁹. Le référent contribue à la protection de la personne âgée¹⁵⁰.

A l'aune de ce principe de référence, le rôle et les missions de ces professionnels, ne semblent pas avoir été définis et moins encore inscrits dans l'organisation générale des services sociaux parisiens. Paradoxalement, **ce service médico-social apparaît peu identifié** et le plus souvent vécu par les acteurs rencontrés comme un service chargé de « *distribuer une prestation* ». Cette approche réductrice, montre la méconnaissance de travail effectué par l'EMS-APA et questionne l'objectif souhaité par la Ville d'une action sociale et médico-sociale globale et coordonnée autour de la personne âgée en perte d'autonomie.

Cette perception est probablement liée au **sous dimensionnement actuel** de ce service au regard de son plan de charge (cf. §1.2.1). Elle peut également résulter du positionnement d'un service central « isolé » pour des missions de grande proximité.

L'EMS-APA est organisée en cinq territoires, un projet de réorganisation en quatre territoires est à l'étude. L'ensemble de ses personnels sont physiquement installés au siège de la DASES¹⁵¹. Cette organisation apparaît assez isolée par rapport aux pratiques des autres départements où les EMS-APA partagent le plus souvent les locaux et les territoires d'intervention soit du service social polyvalent ou encore des CLIC (des M2A à Paris). Le découpage territorial de ce service est davantage en adéquation avec celui des réseaux de gérontologie, mais ne correspond pas totalement aux territoires des six Maisons des aînés et des aidants (M2A).

Pour les auteurs la définition de la place et du rôle de « référent » des professionnels de l'EMS-APA dans l'organisation générale de l'action sociale parisienne doivent constituer des préalables à la question de l'articulation entre les services de la Ville.

Recommandation 34 : Définir le rôle de référent du professionnel de l'EMS-APA, conformément à la réglementation et prévoir le temps de concertation nécessaire à la coordination de la prise en charge notamment des situations complexes.

L'Inspection générale rappelle que conformément à la réglementation applicable, le professionnel de l'EMS-APA est le référent en charge de la coordination au titre de l'APA

¹⁴⁹ Révision du taux de perte d'autonomie et du plan d'aide, bénéfice d'un temps de répit pour l'aidant etc...

¹⁵⁰ Repérage d'une situation d'isolement, de risque pas exemple durant les périodes de crise sanitaire, constat d'une nécessité d'orientation vers un établissement ou encore d'une éventuelle situation de maltraitance etc.

¹⁵¹ Territoire n°1 : du 1^{er} au 6^{ème} arrondissement et les 13^{ème} et 14^{ème} ; territoire n°2 : 8^{ème}, 17^{ème} et 18^{ème} arrondissement ; territoire n°3 : 7^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissement ; territoire n°4 : 9^{ème}, 10^{ème} et 19^{ème} arrondissement ; territoire n°5 : 11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissement.

et de son plan d'aide. Il est garant du parcours de la personne en perte d'autonomie (à l'exception des acteurs relevant du champ sanitaire).

5.4.2. Une coordination perfectible avec les autres acteurs de la Ville

Si l'on excepte une expérimentation récente consistant dans la tenue d'une permanence au sein de la M2A-Sud (13^{ème} et 14^{ème} arrondissements) et la participation des professionnels à certaines réunions de synthèse sur des cas complexes, la coopération entre l'EMS-APA et les M2A apparaît à la fois limitée et peu définie.

Il n'existe ainsi à ce jour aucune coordination opérationnelle pour l'attribution des aides légales et pour celles des aides extra-légales proposées par le CASVP alors même que ces dernières sont le plus souvent intégrées au plan d'aide, par exemple, la téléalarme ou le portage de repas. Ainsi, pour leurs autres difficultés et besoins¹⁵², les bénéficiaires de l'APA à domicile doivent se déplacer vers les assistants sociaux de secteur¹⁵³ et/ou les sections d'arrondissement du CASVP. Depuis l'automne 2019, l'expérimentation engagée¹⁵⁴ n'exclut pas la nécessité d'un déplacement de la personne.

5.4.3. Un protocole d'articulation à finaliser

Un protocole d'articulation des services intervenant en faveur des personnes âgées - EMS-APA, centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et service social polyvalent départemental (SSPD) - établi en 2008 a été révisé en 2015 dans l'esprit défini par le schéma gérontologique de 2012-2016.

Ce schéma mettait l'accent sur la coordination autour de la personne âgée des intervenants concernés. Depuis, avec la mise en place de six M2A à gestion associative et le transfert du SSPD au CASVP ce protocole nécessitait d'être évalué et révisé. Depuis de nombreux mois, cette démarche semble engagée.

En conclusion, les auditions conduites par les rapporteurs auprès des différents acteurs du maintien à domicile, ont confirmé la perception de l'EMS-APA comme « *un service qui attribue l'APA* », mais rarement comme un partenaire professionnel intervenant autour de la situation de la personne âgée. Les services sociaux (SSDP, CASVP) de la Ville ne le sont pas davantage.

De par l'importance du nombre d'intervenants dans ce secteur et d'une organisation institutionnelle segmentée, le travail de coordination autour de situations parfois complexes, doit être organisé. Pour exemple, la coordination entre plan d'aide et parcours de soin est particulièrement difficile, en raison du positionnement et des pratiques des médecins généralistes parisiens.

¹⁵² Par exemple, l'attribution d'une aide extra-légale du CASVP ou d'une aide à l'adaptation du logement, à la couverture d'impayés de loyer, à la couverture santé, etc.

¹⁵³ Ces derniers ayant le plus souvent très peu de disponibilités pour effectuer des visites à domicile.

¹⁵⁴ Dans les 11^{ème} et 13^{ème} arrondissements, chaque semaine, la DASES transmet aux services du CASVP la liste des personnes concernées par des demandes d'aide extra-légale et ceux-ci procèdent à leur instruction.

La DASES précise dans sa réponse au rapport provisoire que le protocole d'articulation des services intervenant en faveur des personnes âgées - EMS-APA, MZA et service social polyvalent départemental (SSPD) a été finalisé en décembre 2020 mais sera probablement réinterrogé dans le cadre du Paris de l'action sociale. L'Inspection générale prend acte de cette finalisation mais attire l'attention sur ses conditions d'appropriation et d'application eu égard au grand nombre d'acteurs concernés.

Recommandation 35 : Engager une réflexion sur l'organisation de l'action sociale et médico-sociale parisienne en faveur des plus âgés afin de tendre vers un accompagnement social global. Étudier dans ce cadre la possibilité de confier la mission d'action sociale générale au service de l'EMS-APA.

La DASES partage cette orientation et souligne que dans le cadre du Paris de l'action sociale, est examinée la possibilité de mettre en place un suivi global des personnes âgées en perte d'autonomie par l'EMS-APA. L'Inspection générale confirme que cette mission de suivi social global se traduira par des files actives moins importantes pour les SSPD et nécessitera des redéploiements de postes vers l'équipe EMS-APA.

5.5. Vers un nouveau schéma « seniors » mobilisant partenaires financeurs et opérateurs

La Ville devra procéder au bilan et à l'adoption d'un nouveau schéma « seniors » avant la fin de l'année 2021, eu égard aux importantes évolutions démographiques et réglementaires attendues dans ce secteur, des impacts de l'épidémie de la Covid 19, des travaux préparatoires conséquents s'avèrent nécessaires. Outre les recommandations opérationnelles du présent rapport qui constituent une contribution, les auteurs regrettent d'avoir été fréquemment confrontés à une insuffisance de données nécessaires au diagnostic de l'existant et à la mise en perspective de besoins complémentaires. De ce fait, ils n'ont pas été en capacité de répondre à l'ensemble des questions posées par la lettre de mission de la Maire.

Dans le cadre de la préparation du prochain schéma « seniors » procéder à des études et expertises notamment celles préconisées par le présent rapport. La participation des observatoires sociaux de la DASES et du CASVP, de l'APUR et des partenaires « naturels » du schéma dont les membres de la Conférence des financeurs, permettrait aussi la mobilisation de nombreuses informations actuellement manquantes. La participation de la DLH sera aussi essentielle.

Afin de garantir le lien avec les travaux du schéma, les auteurs préconisent aussi que la DASES soit davantage associée aux travaux récemment lancés de révision du PLU.

Ils souhaitent alerter sur la complexité et les difficultés pour la DASES, pilote du schéma et ses partenaires (en particulier l'ARS) à pouvoir anticiper les conséquences des réformes institutionnelles, réglementaires et financières attendues.

Enfin, dans ce secteur où les personnes âgées, leurs proches et un grand nombre de professionnels ont été et sont toujours très exposés, le futur schéma « seniors » devra prendre en compte les enseignements tirés de la pandémie Covid -19.

Plus globalement, la question du risque sanitaire et social (canicule, pandémies...) et de la gestion de crise, pourrait faire l'objet d'un travail particulier entre la DASES et l'ARS

donnant lieu à la création d'une annexe spécifique au schéma et prévoyant les conditions concrètes de ce pilotage nécessairement partagé.

Recommandation 36 : Prendre en compte les enseignements (forces et faiblesses) tirés de la pandémie de la Covid-19 dans l'élaboration du prochain schéma « seniors à Paris » y intégrer une annexe dédiée aux risques sanitaires et sociaux et de la gestion de crise (pandémie, canicule.).

La DASES indique qu'un retour d'expérience a été réalisé, des leçons déjà tirées et des travaux engagés sur différents thèmes. L'Inspection générale confirme que le schéma constitue une opportunité pour élaborer sur la base de ces retours d'expérience une annexe comportant un protocole de procédures et d'actions.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

- Recommandation 1 : Mettre à jour et affiner les cartographies élaborées par l'APUR : la population des personnes âgées de 75 ans ; « les profils des parisiens âgées » ; « les taux de pauvreté des ménages dont la personne de référence est âgée de 75 ans et plus ; les compléter d'un volet santé et y inclure une analyse prospective à 10 ans. 15
- Recommandation 2 : Réaliser un diagnostic social des seniors habitants les quartiers prioritaires (QPV) dans le cadre de l'évaluation du contrat de Ville 2015-2022 et des travaux de l'observatoire dédié de l'APUR..... 15
- Recommandation 3 : Saisir la CNAV pour une transmission des données relatives aux bénéficiaires de l'ASPA par arrondissement. 15
- Recommandation 4 : Suivre avec attention les indicateurs de mortalité et de mobilité des parisiens âgés de 65 ans et plus, compte tenu des possibles impacts de l'épidémie de la Covid-19. 16
- Recommandation 5 : Redimensionner les effectifs de l'EMS-APA, afin de répondre à l'obligation légale de réévaluation des situations tous les deux ans et à la montée en charge du nombre de bénéficiaires. 18
- Recommandation 6 : Dans le cadre des travaux préparatoires au schéma, procéder à une analyse des besoins de soins en menant une enquête auprès des SAAD sur les difficultés rencontrées pour les prises en charge des personnes âgées par les deux SSIAD de nuit parisiens. 19
- Recommandation 7 : Mettre en place un système d'information coordonné des demandes d'accueil en établissement spécialisé (EHPAD, PUV, hébergement temporaire) en s'appuyant sur le dossier unique de demande d'admission. 20
- Recommandation 8 : Mener une enquête auprès des parisiens bénéficiaires de l'APA résidant dans un EHPAD situé hors Paris (hors établissements du CASVP) Afin d'apprécier les motivations qui ont prévalu à la mobilité. 21
- Recommandation 9 : Mener deux études ciblées sur les besoins en EHPAD et en résidences autonomie puis réaliser une étude croisée permettant de dégager des scénarios sur les besoins de création pour ces deux types de structures. Envisager la prise en compte de ces créations dans le cadre du programme logements de la mandature. 22
- Recommandation 10 : Élaborer un tableau de bord afin d'évaluer et de suivre annuellement et par établissement le taux d'occupation des places habilitées à l'aide sociale (par les bénéficiaires de l'ASH départementale et de l'aide sociale d'État). 26
- Recommandation 11 : Procéder à une étude permettant d'évaluer le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale et d'État (effectif, situation etc...) dans les résidences autonomie autres que celles gérées par le CASVP. Suivre de façon régulière l'effectivité de l'occupation des places actuellement habilitées. 26
- Recommandation 12 : Évaluer le nombre de Parisiens bénéficiaires de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement accueillis dans des USLD de l'AP-HP situés à Paris et hors Paris susceptibles de fermeture dans les années à venir. Prendre l'attache des départements d'Ile-de-France également concernés. Saisir l'AP-HP et l'ARS pour obtenir les informations sur la situation médicale des patients 27

- Recommandation 13 : Étudier pour chaque gestionnaire d'EPHAD parisiens la possibilité de mettre en place un « surloyer solidaire », les résidents finançant leur hébergement en fonction de leurs moyens pour un service rendu identique. 28
- Recommandation 14 : En sa qualité de chef de file du secteur personnes âgées, il est souhaitable que la DASES incite les gestionnaires à évaluer leurs besoins prévisionnels d'emplois à dix ans dans le cadre du dialogue de gestion et ce dans la perspective d'un rapprochement avec la Région Ile de France compétente sur les formations et l'apprentissage. 31
- Recommandation 15 : Saisir le Ministère des solidarités et de la santé sur les délais de paiement de l'aide sociale de l'État aux établissements habilités à l'aide sociale (Ehpad et résidences autonomie). 34
- Recommandation 16 : Mettre en place une coordination interne au sein de la Ville, impliquant notamment la DLH, la Conférence des financeurs (DASES) et le CASVP sur l'ensemble des aides et actions relatives à l'adaptation des logements en faveur des personnes âgées. 38
- Recommandation 17 : Adapter les aides facultatives actuelles du CASVP pour les travaux d'adaptation des logements des personnes âgées et mieux les faire connaître. 38
- Recommandation 18 : Sensibiliser l'ensemble des acteurs en contact avec des séniors à l'importance de dispenser systématiquement des conseils de prévention des chutes par l'adaptation du logement. Concevoir des supports d'information dédiés. 38
- Recommandation 19 : Créer un site d'information complet présentant, l'offre d'hébergement (EHPAD, PUV, résidences autonomie) et l'offre d'accueil séquentielle et temporaire (CAJ, hébergement temporaire) pour l'ensemble des gestionnaires, avec une indication sur les tarifs pratiqués, le nombre de places habilitées à l'aide sociale, et les conditions d'admission. 40
- Recommandation 20 : Élaborer un plan d'action sur l'accès aux droits. Mobiliser les institutions en charge des droits fondamentaux et les acteurs de proximité (services sociaux, associations...). Construire des outils de suivi. 42
- Recommandation 21 : Mettre en place des outils de suivi, piloter et harmoniser l'activité des M2A, en lien avec l'ARS. 43
- Recommandation 22 : Mettre en place un pilotage transversal des actions de lutte contre l'isolement, recenser l'offre globale et évaluer son adaptation aux besoins locaux. Sur les pratiques professionnelles, mener une réflexion interne aux services d'action sociale et médico-sociale de la Ville sur la base d'une définition partagée de l'isolement. Préciser, dans le respect des personnes, les modalités de partage de l'information en cas de repérage d'une situation d'isolement et de renfermement. 46
- Recommandation 23 : Au-delà du pilotage stratégique des actions de prévention de la perte d'autonomie par la Conférence des financeurs, évaluer leur répartition et leur adaptation en référence aux données sociodémographiques locales. Poursuivre les actions de sensibilisation et d'information engagées (grand public et intervenants). ... 50
- Recommandation 24 : Susciter les inscriptions au fichier « Reflex » en incluant une demande de consentement dans les formulaires de demande d'APA à domicile et en diffusant une information à remettre aux parisiens âgés, usagers des services sociaux, médico-sociaux et médicaux de proximité. 51
- Recommandation 25 : Prévoir une mission spécifique sur l'organisation du système de contrôle, de recueil et traitement des réclamations et signalements concernant les ESMS chargés des personnes âgées. Évaluer le partenariat avec l'association Allô Maltraitance des Personnes Âgées (ALMA-Paris), subventionnée par la DASES. 52

Recommandation 26 : En lien avec le Parquet évaluer le dispositif mis en place pour les personnes âgées dans le cadre du « schéma départemental d'aide aux victimes d'infraction pénale ». Saisir le Parquet d'éléments chiffrés pour connaître l'évolution des mesures prononcées au civil (tutelles et curatelles) concernant les personnes âgées.	53
Recommandation 27 : Mettre en place des conseils de la vie sociale (CVS) dans les résidences autonomie gérées par le CASVP.	56
Recommandation 28 : Contrôler l'effectivité de la mise en place des conseils de la vie sociale (CVS) dans l'ensemble des résidences autonomie parisiennes.	56
Recommandation 29 : Procéder à une étude globale sur les besoins et dimensionner l'offre d'hébergement temporaire au regard des résultats de cette étude.	57
Recommandation 30 : Élaborer avec l'ARS un support commun d'information sur les centres d'accueil de jour, ainsi qu'une circulaire aux M2A et aux SPASAD. Solliciter l'ARS pour qu'une information soit dispensée au secteur hospitalier et à l'ordre des médecins de Paris.	57
Recommandation 31 : Réaliser une étude conjointe par la DASES, la DLH, les bailleurs sociaux de la Ville et l'OFS « La Foncière de la Ville de Paris » en vue d'examiner les possibilités de recours à ce dispositif pour la création de nouveaux EHPAD, en priorité publics et le développement de programmes d'habitat inclusif et de petites Unités de Vie (PUV) intégrées aux opérations de logements sociaux.	58
Recommandation 32 : Dans l'objectif d'augmenter le nombre de places en établissement à des tarifs abordables pour les parisiens, étudier les modalités de participation de la Ville à la création de structures publiques initiée par des départements d'Ile-de-France en tenant compte de l'offre de transport actuelle et à venir.	58
Recommandation 33 : Examiner le plan de financement relatif à la mise à niveau du parc immobilier du CASVP à l'aune des nouvelles opportunités de financement.	61
Recommandation 34 : Définir le rôle de référent du professionnel de l'EMS-APA, conformément à la réglementation et prévoir le temps de concertation nécessaire à la coordination de la prise en charge notamment des situations complexes.	62
Recommandation 35 : Engager une réflexion sur l'organisation de l'action sociale et médico-sociale parisienne en faveur des plus âgés afin de tendre vers un accompagnement social global. Étudier dans ce cadre la possibilité de confier la mission d'action sociale générale au service de l'EMS-APA.	64
Recommandation 36 : Prendre en compte les enseignements (forces et faiblesses) tirés de la pandémie de la Covid-19 dans l'élaboration du prochain schéma « seniors à Paris » y intégrer une annexe dédiée aux risques sanitaires et sociaux et de la gestion de crise (pandémie, canicule.)	65

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Procédure contradictoire

Annexe 2 : Lettre de saisine

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

Avis : *La version publiée de ce rapport ne comprend pas les annexes. Sous réserve des dispositions du Code des relations entre le public et l'administration, relatif à la communication des documents administratifs, et de la délibération 2014 IG 1001, celles-ci sont consultables sur place, sur demande écrite à la direction de l'Inspection générale.*