

RAPPORT DEFINITIF
AUDIT
DES RESIDENCES-SERVICES DU CASVP

- Mars 2011 -

N°10.04

Rapporteurs :

[.....] , inspecteur général,
[.....] , inspecteur
[.....] , inspecteur
[.....] , inspecteur.

Le Maire de Paris
10.04

22 JAN. 2010

NOTE

à l'attention de Madame :

Directrice Générale de l'Inspection Générale

Le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris gère 23 résidences services, dont certaines situées hors de Paris, qui accueillent au total environ 1400 Parisiens âgés. Le public accueilli en résidence service doit être autonome, mais demande le plus souvent un suivi médical qu'il trouve auprès d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), géré par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris.

Ces résidences services accueillent, depuis plusieurs années, un nombre croissant de personnes en situation de grande précarité, évolution qui induit, parmi les personnes accueillies, des caractéristiques nouvelles qui peuvent compliquer la cohabitation avec des personnes mieux insérées.

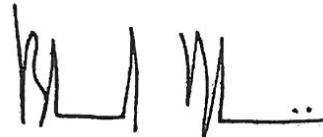
Je souhaite que vous procédiez à un audit de ces structures.

Il s'agira de disposer d'une analyse sur les besoins de la population accueillie aujourd'hui dans ces résidences services qui constituent un maillon important de son offre d'hébergement aux Parisiens âgés en difficulté. Compte tenu des expériences de grande précarité auxquelles ont pu être exposés certains résidents, l'offre de soin doit être adaptée.

Vous expertiserez les pistes possibles pour que notre offre de services réponde au mieux à ces nouvelles caractéristiques (faut-il par exemple envisager une spécialisation partielle de ce parc d'hébergement ?) et vous étudierez l'opportunité de l'élaboration d'un projet innovant, associant le secteur psychiatrique et le secteur social.

La directrice du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris facilitera l'exercice de cette mission.

Votre rapport sera rendu au plus tard fin juillet 2010. *Très cordialement à vous*



Bertrand DELANOË

NOTE DE SYNTHÈSE

AUDIT DES RESIDENCES SERVICES DU CASVP

Par note en date du 22 janvier 2010, l'inspection générale (IG) s'est vue confier par le Maire de Paris une mission d'audit sur les 23 résidences-services gérées par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP). En pratique, cette mission a effectivement démarré en septembre 2010. Ces structures de type foyers-logements hébergent des personnes âgées en principe non dépendantes ; elles leur font bénéficier de services sociaux et / ou sanitaires. Elles offrent 1 611 places dont le taux d'occupation est de 90,5%. Toutes les places sont habilitées à l'aide sociale. Les éléments de confort sont limités dans la plupart des résidences : la taille moyenne des studios et chambres est de 20,5 m², seuls 600 bénéficiant de douches individuelles.

Quatre résidences sont situées en banlieue, les 19 autres sont réparties sur le territoire parisien.

La plupart des informations collectées et analysées convergent vers un même constat : les résidences-services accueillent des résidents au profil social de plus en plus marqué. Conçues il y a trente ou quarante ans pour un public de femmes âgées non nécessairement dépourvues de ressources et à la recherche de services et de compagnie, elles hébergent désormais de plus en plus d'hommes, très souvent dès la soixantaine, issus de parcours chaotiques et bénéficiaires de l'aide sociale, à la recherche d'un toit plus que de services et de compagnie, de surcroît peu accoutumés aux exigences de la vie en collectivité.

Il est possible de comparer la situation des résidents observée à la fin 2002 avec celle constatée en octobre 2010, soit huit ans plus tard. Ce laps de temps est suffisamment long pour repérer des évolutions significatives et, en même temps, suffisamment court pour être frappé par leur rapidité. Les hommes sont passés d'un tiers à la moitié des résidents ; quant aux bénéficiaires de l'aide sociale légale (A.S.L.), ils sont désormais 65%, alors qu'ils n'étaient que 53% en 2002. Cette tendance est accentuée par les décisions récentes d'admission qui bénéficient en majorité à des hommes. L'âge moyen des résidents a simultanément baissé de trois ans.

Ces moyennes cachent de grandes disparités. Trois groupes de résidences se distinguent très nettement :

- huit résidences sont masculines à plus des deux tiers et plus des trois-quarts des résidents y bénéficient de l'aide sociale légale (A.S.L.) ;
- huit autres résidences sont à l'inverse féminines à plus des deux tiers et hébergent, pour la plupart d'entre elles, moins de 50% de bénéficiaires de l'A.S.L. ;
- entre ces deux extrêmes, on trouve sept résidences aux alentours de la parité des genres, les bénéficiaires de l'A.S.L. y étant entre 62% et 84%.

Dans le même temps, l'organisation traditionnelle des résidences qui s'articulait autour de sections de cure médicalisée a été modifiée en 2008, au moins sur le plan formel, par application d'évolutions réglementaires. Un Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) a certes repris les activités de soins sans discontinuité. Néanmoins, cette évolution met en évidence un certain décalage entre le type de soins traditionnellement assurés par le SSIAD et les besoins de certains résidents de la nouvelle génération, parfois non pris en charge, victimes de troubles psychiques ou psychiatriques ainsi que d'addictions alcoolique et tabagique.

*

La procédure administrative d'admission, centralisée, normée et soucieuse de transparence, contraste avec une visite médicale se déroulant dans chaque résidence selon des modalités disparates, celle-ci ne donnant au demeurant pas lieu à une véritable évaluation psycho-gériatrique.

Les taux d'occupation sont en moyenne perfectibles (90,5%) : ils ont stagné en 2010 après avoir progressé en 2009. Une résidence de banlieue se situe très en deçà de cette moyenne : La Boissière. On note globalement une augmentation significative de la fréquentation des résidences accueillant les profils les plus sociaux, alors même que les résidences aux normes de confort les plus élevées voient leur taux d'occupation diminuer.

Le coût des services rendus se situe à un niveau plutôt raisonnable par rapport à d'autres résidences parisiennes : cet écart reflète toutefois la médiocrité du confort et de certains services proposés. Sur le plan immobilier, la corrélation est très forte entre la faible surface des appartements (ou le peu d'éléments de confort) et le taux des bénéficiaires de l'A.S.L.

La concentration de résidents dont les comportements peuvent se révéler dangereux pose la question de la sécurité. Si les agressions physiques semblent à ce jour relativement contenues, les agressions verbales sont désormais fréquentes. Des problèmes d'alcoolisme et de manque d'hygiène sont également pointés en nombre. Face à ces difficultés, les résidences s'adaptent de manière pragmatique et recourent à des vacations de

psychologues et, plus rarement et difficilement, à des interventions de psychiatres. Les partenariats avec d'autres institutions restent en général insuffisants et insuffisamment formalisés. Quant au suivi social, il est lié à la question des impayés et ne paraît pas actuellement à la hauteur des problèmes rencontrés.

Les personnels sont plutôt vieillissants (47 ans), peu mobiles dès lors qu'ils ont intégré une résidence-services, font montre d'un absentéisme qui n'est pas alarmant, sauf dans certains établissements. Le recrutement et la formation sont organisés de façon satisfaisante mais gagneraient à s'articuler à des projets de service et de résidence.

Le SSIAD a tiré avantage de sa récente réorganisation forcée : il bénéficie désormais d'un pilotage centralisé et d'un travail effectué en vue de l'élaboration d'un projet de service. Il reste qu'il ne touche, à un moment donné, qu'environ 500 résidents qui souffrent de pathologies particulières et ne peut à lui seul réformer les résidences-services dans lesquelles ses antennes sont localisées.

*

L'évolution recommandée consisterait en un renforcement de la prestation sociale et médicale à la personne dans un ensemble mieux piloté.

En premier lieu, l'idée de spécialiser une résidence dans l'accueil des publics difficiles se heurte à la réalité démographique. Dans les faits, plus du tiers des résidences, dont les quatre de banlieue, sont déjà spécialisées dans l'accueil d'un public difficile. Seules les résidences les plus confortables, accueillant aujourd'hui très majoritairement des femmes, pourraient être l'objet d'une sorte de sanctuarisation. La recommandation est plutôt de préférer une mixité sociale maîtrisée et de refuser, en tout état de cause, une concentration plus importante des résidents difficiles.

Il s'agit dès lors de reconnaître la vocation actuelle des résidences-services à accueillir toujours davantage un public spécifique. L'objectif général est que la fréquence et la gravité des incidents provoqués par une partie des résidents diminuent et que les victimes de leurs agissements résiduels, en particulier les personnels qui y sont le plus fréquemment confrontés, acquièrent une meilleure capacité à les réguler. Dans une problématique classique de gestion des risques, le but est de ramener à un niveau acceptable ce qui pourrait finir par devenir intolérable.

Il convient donc de prendre en compte dès l'admission, et tout au long du séjour en résidence, les problèmes psychiatriques ou psychiques et d'addiction ainsi que les difficultés sociales des résidents dont le comportement est susceptible de provoquer des problèmes de toutes natures dans les résidences.

Cela suppose une implication plus importante des services centraux du CASVP pour inscrire dans un projet stratégique assumé, un projet de service qui se décline lui-même en projets de résidence. Les personnels devront bénéficier dans ce cadre de formations-actions, à caractère obligatoire, visant à la diminution de la fréquence et de la gravité des incidents. Des initiatives devront être prises, en coordination avec l'Agence régionale de santé d'Île de France, pour établir des partenariats plus nombreux avec les secteurs psychiatriques, un seul étant actuellement formalisé avec la résidence Beaunier. Les services centraux doivent également veiller à la situation des résidences les plus éloignées qui concentrent d'ores et déjà bien des résidents difficiles, en particulier La Boissière.

Dans le cadre d'une vocation psychosociale assumée, le SSIAD est lui-même appelé à évoluer. La réforme nationale du financement des SSIAD, qui entrera progressivement en vigueur à partir de 2012, obligera celui du CASVP à affirmer et démontrer sa spécificité : il s'agira de justifier un financement dérogeant aux critères nationaux qu'il ne sera vraisemblablement jamais en mesure de respecter. Il devra apporter les preuves de son particularisme, tant par la sélection de ses patients que par le recrutement et l'organisation de ses équipes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1. LES RESIDENTS : UNE EVOLUTION RAPIDE QUI SE POURSUIT	5
1.1. Les données sociologiques.....	5
1.1.1. Sexe, situation familiale, département d'origine, âge	5
1.1.2. Les bénéficiaires de l'aide sociale légale.....	7
1.1.3. La corrélation entre le taux de masculinisation et celui des bénéficiaires de l'aide sociale	8
1.2. Les données relatives à la santé et à la dépendance	9
1.2.1. Des services infirmiers intervenant pour plus du tiers des résidents.....	9
1.2.2. Le Groupe iso ressources Moyen Pondéré.....	10
1.3. Les entrées récentes.....	11
1.3.1. Les délais de placement	11
1.3.2. Sexe, âge et nationalité des entrants	11
1.3.3. Les motifs d'entrée.....	12
1.4. Les sorties sur un an.....	13
1.5. La liste d'attente	14
1.5.1. La durée d'attente des dossiers	14
1.5.2. Les profils des demandeurs	14
1.5.3. La provenance des demandes.....	15
1.5.4. Les motifs de demande de logement en résidence-services	16
1.6. Une spécialisation de facto.....	17
2. LES RESIDENCES : UN PILOTAGE ET UN APPUI DES SERVICES CENTRAUX INSUFFISANTS AU REGARD DES DIFFICULTES QU'ELLES RENCONTRENT	19
2.1. L'organisation et le fonctionnement des résidences	19
2.1.1. La procédure d'admission	19
2.1.2. L'adossement aux sections d'arrondissement et aux EHPAD	21
2.1.2.1. L'organisation de principe	21
2.1.2.2. Les risques spécifiques à la résidence Boissière.....	21
2.1.3. La progression de l'activité des résidences les plus sociales	22
2.1.4. Les coûts des services rendus aux résidents.....	25
2.1.5. Les problèmes immobiliers	27
2.1.6. Les travaux.....	30
2.1.7. La sécurité	32
2.2. L'adaptation aux situations et aux évolutions	33
2.2.1. La connaissance des incidents	33
2.2.2. L'intervention des psychologues	37
2.2.3. L'intervention des psychiatres.....	37
2.2.4. Des partenariats avec d'autres institutions	37
2.2.5. Le suivi social et les impayés	38
2.3. La gestion des ressources humaines	39
2.3.1. Les effectifs	39
2.3.2. L'absentéisme	40
2.3.3. La mobilité.....	41
2.3.4. Le recrutement.....	42

2.3.5. La formation	43
2.4. Le SSIAD.....	43
2.4.1. La création du SSIAD, une conséquence de la réforme tarifaire des établissements d'hébergement de personnes âgées	43
2.4.2. Des bénéficiaires au profil atypique	44
2.4.3. Les pathologies prises en charge	47
2.4.4. Un risque de diminution des moyens alloués au SSIAD dans le cadre de la réforme nationale en préparation	48
3. L'EVOLUTION SOUHAITABLE : UN RENFORCEMENT DE LA PRESTATION SOCIALE ET MEDICALE A LA PERSONNE DANS UN ENSEMBLE MIEUX PILOTE	50
3.1. Spécialiser certaines résidences dans l'accueil des publics difficiles : une solution inadaptée à la réalité démographique.....	50
3.2. Reconnaître la vocation actuelle des résidences à accueillir toujours davantage un public spécifique.....	52
3.2.1. Prendre en compte les problèmes psychiatriques ou psychiques et d'addiction	52
3.2.1.1. Poser un diagnostic approfondi des pathologies et addictions dès l'admission, voire avant l'orientation définitive.....	52
3.2.1.2. Etablir un projet de soin individuel et procéder à une surveillance médico-psychique renforcée de certains résidents	53
3.2.1.3. Définir une politique claire de maîtrise de l'alcoolisme	54
3.2.1.4. Lutter contre les comportements incivils et délictuels	54
3.2.2. Prévoir dès l'admission un accompagnement social des résidents qui le nécessitent pour la durée complète de leur séjour	55
3.3. Piloter les résidences-services au niveau central en encadrant et épaulant les déclinaisons locales.....	56
3.3.1. Décliner un projet de service en projets de résidence	56
3.3.2. Former et soutenir les personnels en s'appuyant sur les projets de service et de résidence	58
3.3.3. Organiser certains partenariats au bénéfice des résidences-services.....	59
3.3.4. Favoriser la participation des résidents.....	60
3.3.5. Réduire l'isolement des résidences-services, en particulier les plus éloignées	60
3.3.6. Dimension métropolitaine de la question	61
3.4. Désimbriquer progressivement le SSIAD et faire évoluer les compétences qu'il réunit.....	62
3.4.1. Rechercher une solution de financement en faisant reconnaître la spécificité du SSIAD du CASVP dans la prise en charge socio-psycho-médicale	62
3.4.2. Orienter davantage le SSIAD vers des patients en résidences appartements dans le cadre de sa spécificité	62
3.4.3. Mettre à profit le renouvellement des effectifs pour faire évoluer les compétences en fonction des pathologies particulières des résidents.....	63
TABLEAU DES RECOMMANDATIONS.....	67
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	69
PROCEDURE CONTRADICTOIRE.....	73
ANNEXE.....	77

INTRODUCTION

Par note en date du 22 janvier 2010, l'inspection générale (IG) s'est vue confier par le Maire de Paris une mission d'audit sur les 23 résidences-services gérées par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) assurant l'hébergement de personnes âgées en principe non dépendantes, mais bénéficiant de services sociaux et / ou sanitaires dans le cadre de ces établissements. En pratique, cette mission a effectivement démarré en septembre 2010.

Les résidences-services assurent le logement des Parisiens qui souhaitent continuer à vieillir dans un établissement ouvert sur leur quartier, en autonomie, dans des chambres ou studios dotés de coin cuisine et d'une salle d'eau. En complément de ces prestations immobilières classiques, un système d'appel d'urgence et des services de proximité (restauration collective ouverte par ailleurs aux Parisiens retraités du quartier, clubs d'animation, présence continue de personnel) ainsi que des prestations sanitaires dans le cadre d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont proposés.

Les 1 611 places des résidences-services sont habilitées à l'aide sociale, rendant possible la prise en charge de personnes très démunies ou désocialisées qui n'ont pas d'autre accès à un logement. L'occupation d'une chambre ou d'un studio dans ces résidences fait l'objet d'une tarification au prix de journée, délibérée par le conseil d'administration du CASVP chaque année. Les services de restauration collective, dont la fréquentation est facultative, sont facturés au repas.

Sur les 23 résidences, quatre sont situées en banlieue, localisation jugée moins favorable qui se traduit dans la composition de la population des résidents.

La lettre de mission mentionne l'accroissement de la part des personnes en grande précarité dans les résidences et signale les problèmes de cohabitation qui en découlent. L'audit demandé porte sur les besoins des résidents et l'adaptation nécessaire de l'offre de soins. Il doit être complété par une appréciation des évolutions possibles de l'offre de services au sein des résidences et de l'opportunité d'un projet innovant associant secteurs psychiatrique et social.

En accord avec le CASVP qui a précisé ses attentes sous la forme d'un cahier des charges au mois d'août 2010, la mission de l'IG a travaillé sur un échantillon de 13 résidences sur 23. L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de Villers-Cotterêts, destination traditionnelle des sans domicile, a également fait l'objet d'une visite.

Une analyse sociologique de la population des résidents a été effectuée pour mesurer son évolution par rapport à celle caractérisée lors d'une mission confiée en 2002 à un cabinet extérieur, le CREPAH : pour ce faire, il a été recouru aux données du système d'information du CASVP, dont les évolutions récentes ont, dans certains cas, limité les possibilités de traitement, et à une enquête auprès des directrices de résidence pour évaluer les évolutions indiquées par la lettre de mission.

Le travail a été mené en étroite relation avec les responsables des résidences-services et ceux des services centraux du CASVP.

La première partie mesure l'évolution des éléments caractérisant la population des résidents : celle-ci a en effet vécu une mutation qui, si elle n'a été évaluée au fil de l'eau qu'empiriquement et ressentie de manière intuitive, mérite aujourd'hui un arrêt sur image et une réflexion sur les prolongations de tendance probables induites par la politique d'admission du CASVP. La population actuelle des résidents et les admissions récentes définissent dans une large mesure les contours des problèmes qui auront à être maîtrisés dans les cinq à dix ans à venir.

La deuxième partie porte sur les principaux éléments qui contribuent à la vie des résidences : les principes de fonctionnement, l'adaptation aux difficultés croissantes de cohabitation au sein des résidences, les éléments caractérisant les personnels oeuvrant dans les résidences, enfin le SSIAD, théoriquement extérieur aux résidences mais, du fait de l'histoire et en pratique, totalement imbriqué en leur sein. Ainsi, la responsable de chaque antenne du SSIAD assure-t-elle également la direction de la résidence dans laquelle elle est basée.

Sur la base des constats effectués tant sur l'évolution profonde des résidents que sur la grande permanence des résidences et de leurs personnels, la troisième partie recommande des évolutions de nature à maîtriser la situation et les risques qu'elle porte en germes.

1. LES RESIDENTS : UNE EVOLUTION RAPIDE QUI SE POURSUIT

Dans cette partie, seront non seulement comparés les profils de résidents par résidence, mais aussi mesurées leurs évolutions en se référant aux données comparables fournies par l'étude du CREPAH, qui décrivait la situation au 31 décembre 2002. La photographie statistique opérée par le CASVP pour les besoins de la présente mission a été effectuée pour l'essentiel au 31 août 2010, soit huit ans plus tard. Cette durée est suffisamment longue pour repérer des évolutions significatives. Elle est d'autant plus intéressante que le CASVP a connu une évolution de ses critères d'admission dans la période.

Le nombre de résidents accueillis s'élevait fin 2002 à 1 290 résidents et à 1 418 en août 2010. Les volumes restent donc comparables.

Les quatre établissements de banlieue – Aqueduc, Baudemons, Boissière et Préfet Chaleil – ont été regroupés en règle générale dans les dernières lignes ou colonnes des tableaux, compte tenu de leurs caractéristiques propres.

1.1. Les données sociologiques

1.1.1. Sexe, situation familiale, département d'origine, âge

Cette série de données permet de situer les résidents dans leurs caractéristiques personnelles.

Tableau 1 : Sexe, situation familiale et département d'origine

	Sexe			Situation familiale						Département d'origine				% Paris/ connu
	femme	homme	% homme	NR	Célibat.	Divorcé	Marié	Séparé	Veuf(ve)	NR	Autres	Paris	RP	
AVE MARIA	48	23	32%		27	14	2	2	26		1	65	5	92%
BEAUNIER	39	30	43%	14	28	16	2	1	8	36	7	19	7	58%
BON ACCUEIL	18	39	68%	39	6	4	5		3	11	3	38	5	83%
CAULAINCOURT	44	53	55%	87	8	1			1	27	5	53	12	76%
LE PRINCE	29	22	43%	40	6	1	3		1	1	1	45	4	90%
LES ARBUSTES	47	21	31%	13	30	12	2		11	19	3	34	12	69%
LES EPINETTES	35	36	51%	58	5	3			5	19	15	28	9	54%
LES TERNES	48	15	24%	7	21	8	9		18	5	3	44	11	76%
MADELEINE BEJART	27	45	63%	2	55	3	1	7	4		4	63	5	88%
MAINE	37	36	49%	2	38	14	3		16	18	6	38	11	69%
MOUFFETARD	33	16	33%	2	18	9	2	1	17			45	4	92%
OMER TALON	18	44	71%	9	29	12	1	3	8		1	56	5	90%
OSCAR ROTY	56	11	16%	53	6	2			6	7	3	33	24	55%
PETIT REMOULEUR	23	16	41%		26	2	2		9		4	33	2	85%
QUINTINIE	50	15	23%	53	4	1	1	1	5	14	6	31	14	61%
SAINT ELOI	27	46	63%	1	42	12	3	3	12		3	67	3	92%
SAINT SAUVEUR	11	31	74%	1	26	11	2		2			39	3	93%
TOURELLES	30	15	33%		9	4	10		22		2	40	3	89%
VAUGELAS	37	11	23%	45	2		1			6	9	19	14	45%
AQUEDUC	20	59	75%	3	36	22	5	5	8			65	14	82%
BAUDEMONS	10	44	81%		31	15	1	5	2			30	24	56%
BOISSIERE	12	34	74%	4	25	7	1	2	7			38	8	83%
PREFET CHALEIL	13	44	77%	53	1	2	1			3	1	50	3	93%
Total	712	706	50%	486	479	175	57	30	191	166	77	973	202	78%

Source : CASVP application ACTARUS au 31/08/2010

Un premier constat porte sur la mixité. Compte tenu des espérances de vie en autonomie des femmes et des hommes âgés, on pourrait attendre un déséquilibre, avec une proportion de femmes prédominante. Or tel n'est plus le cas : au total, les nombres de

femmes et d'hommes sont désormais quasi égaux. Alors que la moyenne générale reflète ce parfait équilibre, l'hétérogénéité des situations est toutefois très forte entre :

- des établissements masculins aux trois quarts voire aux quatre cinquièmes – les établissements de banlieue auxquels s'ajoutent Saint-Sauveur et Omer Talon –
- et des établissements féminins à plus des deux tiers, voire aux trois quarts – Oscar Roty, Vaugelas, La Quintinie-Procession, Les Ternes, Les Arbustes, Ave Maria, Mouffetard et Tourelles ;
- les établissements à peu près à l'équilibre (entre 40 et 60%) ne sont que six.

La mise en perspective avec les données de 2002 est instructive. A cette époque, les hommes ne représentaient que le tiers des résidents (33,9%) et ne dépassaient significativement la moitié qu'à Omer Talon (64%).

Dans la période, Préfet Chaleil a connu une mutation complète, passant de 17% à 77% d'hommes. Les trois autres résidences de banlieue étaient déjà des lieux de concentration relative des hommes, ceux-ci atteignant alors de l'ordre de la moitié des effectifs. Leur évolution, quoique forte, a donc été moins radicale.

La masculinisation générale et la concentration des hommes dans dix établissements où ils dépassent la moyenne sont donc manifestes.

Pour la situation familiale, l'analyse ne porte que sur les données renseignées : les célibataires sont majoritaires (51%), alors que les mariés ne sont que 6% et les veufs, 20%. En 2002, les célibataires étaient 40%, alors que 8% étaient mariés et 36% veufs. **La proportion de célibataires plus élevée confirme la transformation du public accueilli.**

S'agissant du lieu du précédent domicile des résidents, la part de Paris approche les quatre cinquièmes. Sont très en dessous de cette moyenne : Vaugelas, Les Epinettes, Oscar Roty, Baudemons, Beaunier et La Quintinie-Procession. **En moyenne, la prédominance de Paris est stable**, sans évolutions notables.

L'âge moyen est d'environ 76 ans et demi, en diminution de trois ans depuis 2002. Si les moins de 60 ans sont exceptionnels, les plus de 90 ans sont désormais 9%. Âgées en moyenne de près de 80 ans et demi, les résidentes sont de huit ans les aînées des hommes (Cf. annexe).

Cinq établissements affichent une moyenne d'âge des femmes de plus de 83 ans. Les résidences où les femmes sont en moyenne particulièrement âgées comptent peu d'hommes¹ : Mouffetard, Oscar Roty et Les Ternes. Les six résidences où les hommes sont en moyenne les plus jeunes – entre 71 et 74 ans et demi sont : Préfet Chaleil, Baudemons, Aqueduc, Omer Talon, Beaunier et Boissière. On retrouve dans cette liste les quatre résidences de banlieue, Omer Talon qui compte 71% d'hommes, et enfin Beaunier, la résidence spécialisée dans l'accueil de patients orientés ou suivis par l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne.

Au global, en corrélation avec la masculinisation, on voit augmenter de 15 à 26% le pourcentage des moins de 70 ans. **Des résidences d'hommes plutôt relativement jeunes et de femmes âgées ou très âgées se distinguent clairement.**

¹ Mise à part la résidence La Boissière où les femmes sont peu nombreuses.

La nationalité connaît aussi des évolutions significatives (voir annexe). S'il est difficile de comparer précisément avec les données analysées par le CREPAH, celles-ci étant grevées d'une incertitude², il est néanmoins probable que les personnes de nationalité non communautaire ont augmenté sensiblement dans l'ensemble : elles étaient 9% en 2002 et elles sont 19% aujourd'hui³. Cette évolution correspond au vieillissement de travailleurs immigrés arrivés en France dans les années 1960-1970, entre autres ceux que l'on appelle les « chibanis »⁴.

Trois établissements se détachent avec plus de 37% de ressortissants de pays n'appartenant pas à l'Union Européenne : Madeleine Béjart, Baudemons et Omer Talon. Inversement, ils sont moins de 10% aux Ternes, au Petit Rémouleur, à Mouffetard, Vaugelas et La Quintinie-Procession, toutes résidences accueillant une grande majorité de femmes.

Quelques résidences se distinguent enfin par l'accueil d'une part significative de ressortissants de l'Union Européenne qui n'ont pas la nationalité française : Vaugelas, La Quintinie-Procession et Les Epinettes en particulier.

1.1.2. Les bénéficiaires de l'aide sociale légale

Un marqueur des difficultés et de la précarité des résidents est leur admission à l'aide sociale légale (A.S.L.). S'agissant d'un tableau monofactoriel, les résidences y sont présentées par ordre croissant du pourcentage des bénéficiaires de l'A.S.L. (colonne grisée du tableau ci-après). Une typologie sommaire distingue trois familles de résidences :

- six où les bénéficiaires de l'A.S.L. sont minoritaires, voire ne dépassent pas le tiers, comme Oscar Roty, Mouffetard et Les Ternes ;
- six autres où plus de la moitié et moins des trois quarts sont bénéficiaires ;
- enfin l'autre moitié des résidences accueille des personnes aidées pour plus des trois quarts, Bon Accueil et Préfet Chaleil ne comptant pratiquement plus de résidents payants.

S'il en est besoin, cette statistique démontre que les résidences-services sont aujourd'hui, pour nombre d'entre elles, **des résidences qu'on pourrait qualifier de sociales, au demeurant en conformité avec la vocation d'un centre d'action sociale.**

Il est à noter que l'A.S.L. est versée à 72% par le département de Paris, 25% relève du compte Etat, le reste provenant d'autres départements.

La part globale des bénéficiaires de l'A.S.L. passe de 53% en 2002 à 65% en 2010. Mais cette augmentation moyenne de 12 points reflète une réalité là aussi diversifiée. Aux deux extrêmes, se trouvent Vaugelas d'un côté, Préfet Chaleil, Baudemons, Saint-Eloi et Aqueduc de l'autre, comme si ces établissements avaient changé de vocation. Vaugelas constate un recul de 46 points des personnes aidées, alors que les trois résidences de banlieue et Saint-Eloi augmentent à l'inverse leur proportion de 27 à 42 points selon les cas.

² Dans plus de 16% de cas, la donnée n'était pas renseignée.

³ Quand bien même une partie des données non renseignées en 2002 auraient sans doute dû être ajoutées, l'accroissement est vraisemblablement sensible.

⁴ Mot signifiant les « cheveux blancs » pour désigner les anciens en arabe dialectal.

Tableau 2 : Bénéficiaires de l'aide sociale

	Aide Sociale	Payant	% aide sociale	Rappel 2002	Evolution
OSCAR ROTY	19	48	28%	15%	13%
MOUFFETARD	14	35	29%	23%	6%
LES TERNES	19	44	30%	13%	17%
QUINTINIE	22	43	34%	27%	7%
VAUGELAS	18	30	38%	83%	-46%
TOURELLES	19	26	42%	23%	19%
AVE MARIA	41	30	58%	48%	10%
CAULAINCOURT	60	37	62%		
MAINE	46	27	63%	54%	9%
LES ARBUSTES	43	25	63%	49%	15%
LE PRINCE	36	15	71%	60%	11%
MADELEINE BEJART	51	21	71%	70%	1%
LES EPINETTES	54	17	76%	67%	9%
SAINT SAUVEUR	32	10	76%	67%	9%
BAUDEMONS	42	12	78%	46%	32%
PETIT REMOULEUR	31	8	79%	78%	1%
BOISSIERE	37	9	80%	75%	5%
SAINT ELOI	59	14	81%	53%	28%
OMER TALON	51	11	82%	83%	-1%
AQUEDUC	66	13	84%	57%	27%
BEAUNIER	58	11	84%	83%	1%
BON ACCUEIL	53	4	93%	86%	7%
PREFET CHALEIL	54	3	95%	54%	41%
Total	925	493	65%	53%	12%

Source : CASVP application ACTARUS au 31/08/2010

Quelques résidences, parties d'un nombre important de bénéficiaires, stagnent ou augmentent faiblement : Omer Talon, Madeleine Béjart, Beaunier, Petit Rémouleur, Boissière et Bon Accueil notamment. Enfin deux résidences augmentent modérément le nombre des personnes aidées dans une population traditionnellement en mesure de payer la redevance : Mouffetard et La Quintinie-Procession.

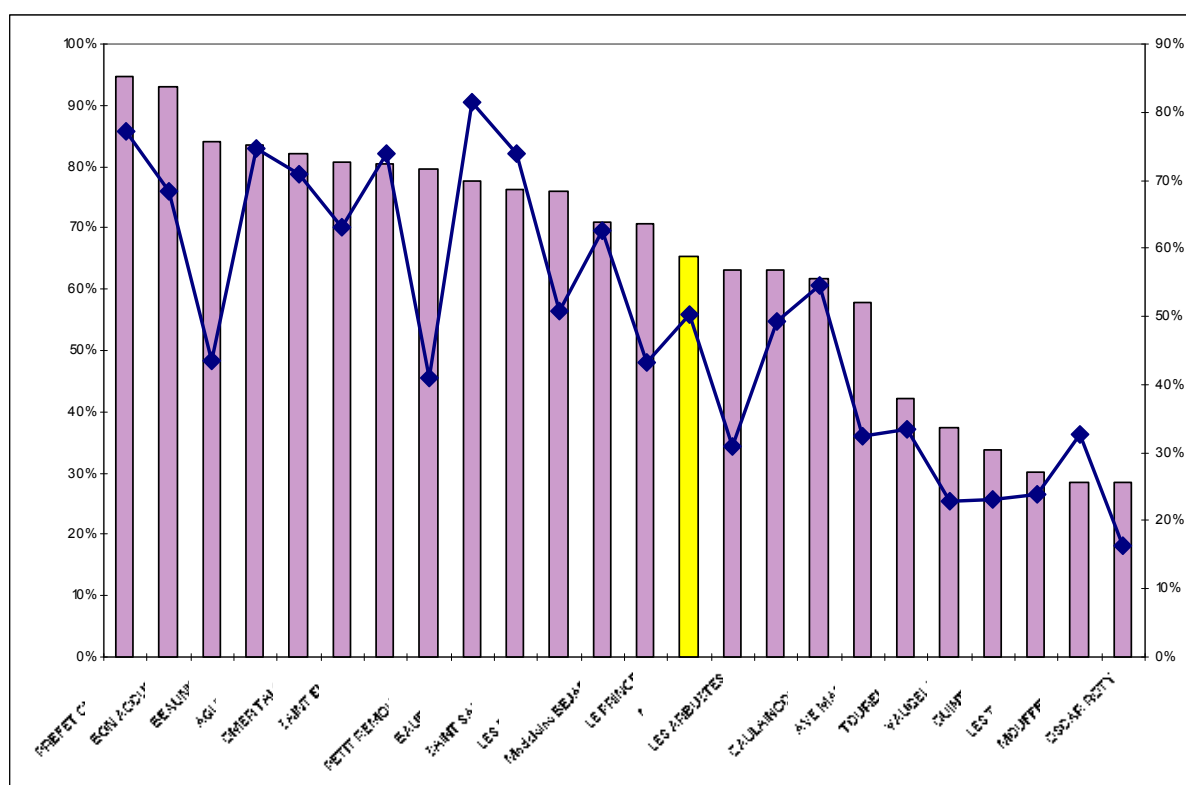
1.1.3. La corrélation entre le taux de masculinisation et celui des bénéficiaires de l'aide sociale

Au vu de ces premières données, il apparaît intéressant de mesurer la relation entre deux des variables déterminantes de l'analyse statistique : le pourcentage des hommes et celui des bénéficiaires de l'aide sociale par résidence. Une représentation graphique ci-après confirme visuellement l'hypothèse d'une corrélation forte :

- le taux de masculinisation des résidences est représenté par les barres (et l'échelle de droite)
- et celui des bénéficiaires de l'aide sociale, par les points sur la courbe (et l'échelle de gauche).

Les établissements sont classés par ordre décroissant du pourcentage de bénéficiaires de l'aide sociale. **Le coefficient de corrélation⁵ atteint plus de 0,83, confirmant le rapport étroit liant ces deux variables.**

⁵ Plus le résultat obtenu s'approche de 1 et plus une des variables est fonction directe de l'autre.

Graphique 1 : Taux de bénéficiaires de l'aide sociale légale et d'hommes dans les résidences

Source : CASVP application ACTARUS au 31/08/2010

1.2. Les données relatives à la santé et à la dépendance

Si les données socio-économiques sont essentielles, il convient de garder à l'esprit la spécificité des résidences-services : elles bénéficient d'un service de soins infirmiers à domicile et doivent veiller à limiter la dépendance globale des résidents.

1.2.1. Des services infirmiers intervenant pour plus du tiers des résidents

Le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) du CASVP offre 600 places dont, en principe, 450 pour des résidents des résidences-services où ses antennes sont basées. Au vu du tableau ci-après, si l'objectif général est globalement respecté, la répartition bénéficie davantage aux résidences-services que ce qui est conventionnellement prévu. En pratique, le nombre de patients en résidences appartements⁶ oscille autour de 80, alors qu'il devrait avoisiner les 150. Cette situation tient autant à la nécessité d'intervention au sein des résidences qu'à la difficulté à développer massivement, dans un délai bref, l'activité dans les résidences appartements, sauf à évincer d'autres soignants qui y interviennent. Un tiers des antennes du SSIAD parvient toutefois à atteindre ou dépasser les 20% de patients en résidences appartements.

Par nature mouvantes, ces données ont été arrêtées à la date du 15 novembre 2010.

⁶ Résidences pour personnes âgées du CASVP ne proposant pas d'autres services que le gardiennage.

Tableau 3 : Répartition des patients du SSIAD au 15/11/2010

RESIDENCES	Total bénéficiaires du SSIAD	dont en résidence appartement	Pourcentage en résidence appartement
AVE MARIA	29	4	14%
BEAUNIER	48		0%
BON ACCUEIL	16	1	6%
CAULAINCOURT	27	1	4%
LE PRINCE	21	4	19%
LES ARBUSTES	23	3	13%
LES EPINETTES	20	4	20%
LES TERNES	33	9	27%
MADELEINE BEJART	37	9	24%
MAINE	15	2	13%
MOUFFETARD	19	5	26%
OMER TALON	28	3	11%
OSCAR ROTY	19	2	11%
PETIT REMOULEUR	16	2	13%
QUINTINIE-PROCESSION	23	3	13%
SAINT ELOI	30	7	23%
SAINT SAUVEUR	19	5	26%
TOURELLES	22	2	9%
VAUGELAS	13	2	15%
AQUEDUC	28		0%
BAUDEMONS	40	10	25%
BOISSIERE	20		0%
PREFET CHALEIL	36		0%
TOTAL	582	78	13%

Source : CASVP au 15/11/2010

1.2.2. Le Groupe iso ressources Moyen Pondéré

Ces données étant également très évolutives, la photographie à un instant donné, en l'occurrence en novembre 2010, n'a qu'un intérêt tout à fait relatif (voir annexe). Elle permet néanmoins de vérifier le respect par tous les établissements du Groupe Iso Ressources (GIR) Moyen Pondéré (GMP) de 300 à ne pas dépasser. La quasi absence de GIR 1 et 2 - les plus fortement dépendants - s'accompagne d'une prépondérance des GIR 6, qui représentent plus des deux tiers des cas. Les GIR 3 et 4 ne totalisent que 15% des situations. Quelques résidences se singularisent toutefois par une présence significative de GIR 4 à leur effectif de résidents : Aqueduc et Madeleine Béjart en particulier. Aqueduc accueille 5 GIR 3. Beaunier est la résidence qui compte le plus de GIR 3 avec 7, auxquels s'ajoutent 15 GIR 4.

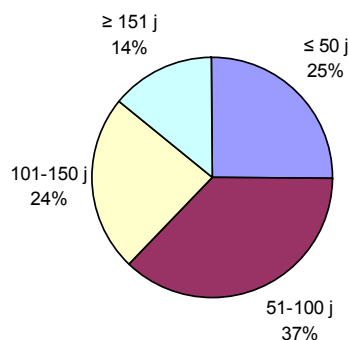
On note toutefois la situation ponctuellement problématique de la résidence Saint-Eloi où la proportion des GIR 1 et 2 dépasse sensiblement le seuil limite réglementaire de 10%.

Quoi qu'il en soit, l'analyse sur la base de la grille AGGIR semble d'une portée limitée par rapport à la problématique des résidences-services. Les difficultés dont sont porteurs certains résidents qui entretiennent les relations les plus délicates avec le personnel et les autres personnes hébergées ne sont pas cotées selon ses rubriques. C'est donc avec d'autres outils que ces difficultés devront être mesurées (*Cf. infra*).

1.3. Les entrées récentes

1.3.1. *Les délais de placement*

Graphique 2 : Délais de placement



Seules 71 admissions récentes (entre le 06 avril et le 26 octobre 2010) ont pu être analysées, compte tenu de la mise en place récente de l'application Aïda. Le délai de placement est exprimé en jours.

14% des demandes prennent plus de cinq mois pour être traitées. **En 2002, la moitié des dossiers étaient traités en moins de six mois. En 2010, plus de 60% le sont en moins de cinq.**

1.3.2. *Sexe, âge et nationalité des entrants*

Les données correspondent à la période allant du 1^{er} septembre 2009 au 31 août 2010. Le flux total est de 171 personnes, à rapporter à 1 611 places, soit un taux de rotation théorique de près de 9 ans et demi. Si on rapporte ce nombre aux résidents en fin de période, soit 1 418, la durée est alors d'un peu plus de 8 ans.

De fait, priorité est donnée aux hommes qui sont près de 57% des derniers entrants, souvent plus jeunes, alors qu'ils n'étaient qu'un tiers en 2002 : la masculinisation va donc se poursuivre.

De même, **l'accueil de ressortissants de pays n'appartenant pas à l'Union Européenne augmente** : 15% en 2002, ils sont désormais 23% parmi les nouveaux résidents.

Les femmes ne sont accueillies que pour 28% d'entre elles avant 70 ans alors que les deux tiers des hommes sont dans ce cas. Là **encore, la tendance observée à la polarisation femmes âgées / hommes relativement plus jeunes se confirme** lors des dernières admissions.

Tableau 4 : Entrants sur un an ventilés par sexe, âge et nationalité

Sexe	Age	Nationalité					% âge par sexe entrants
		autres	française	hors UE	UE	Total	
Femme	60-65		9			9	12%
	65-70	1	5	6		12	16%
	70-80	4	10	5	3	22	30%
	80-90	2	24			26	35%
	>90		4	1		5	7%
Total Femme		7	52	12	3	74	
Homme	<60		2			2	2%
	60-65	5	17	9	5	36	37%
	65-70	5	13	9		27	28%
	70-80	2	12	6	5	25	26%
	80-90		4	1		5	5%
	>90			2		2	2%
Total Homme		12	48	27	10	97	
Total Général		19	100	39	13	171	
% nationalité entrants		11%	58%	23%	8%		

Source : CASVP application Actarus du 1/09/2009 au 31/08/2010

1.3.3. Les motifs d'entrée

L'analyse des motifs ayant amené les entrants récents dans une résidence-services n'a pu être effectuée que sur 74 admissions. L'examen porte sur une période courte allant du 6 avril au 26 octobre 2010. Néanmoins les motifs retenus par la commission d'admission transparaissent. Plusieurs raisons pouvant étayer une demande, c'est un total de 107 motifs qui ont été répartis selon une typologie à trois rubriques principales (recherche de confort et de services collectifs, situation d'hébergement problématique et fuite de l'isolement) et deux subsidiaires (mutations internes dans les logements à caractère pérenne du CASVP et divers).

La question du logement est déterminante. La rubrique des motifs liés à une situation d'hébergement problématique approche les deux tiers. Il s'agit très souvent de **répondre à une urgence sociale**. Sur les 19 sans logement, 17 ont été présentés par la permanence Bastille. Les hébergés temporaires sont au nombre de 11, dont 10 en provenance d'un établissement du CASVP. Les motifs traditionnellement avancés pour rejoindre une résidence-services – un meilleur confort et la rupture de l'isolement – sont devenus sinon marginaux, du moins minoritaires.

La vocation sociale des résidences-services du CAS VP est ainsi affirmée de manière peu contestable.

Il est nécessaire de faire un point plus particulier sur les personnes sans domicile et le rôle des Permanences Sociales d'Accueil (PSA). Longtemps, elles n'ont pas été admises à bénéficier des solutions relevant du droit commun. Il existait pour elles la « Maison de Nanterre » ainsi que, au sein du CASVP, l'établissement de Villers-Cotterêts qui accueillait les asociaux, les alcooliques et les clochards dans les années 1980-90. La Ville ayant considéré par la suite que ces personnes pouvaient être admises dans les établissements de

droit commun, les personnes en situation moins difficile ont été orientées vers les résidences-services et les plus désocialisées vers Villers-Cotterêts.

Tableau 5 : Motifs invoqués par les personnes admises en résidence service

Recherche de confort et de services collectifs 8 se disent autonomes et veulent des services collectifs 10 veulent plus de confort (ascenseur, sanitaires privatifs)	18	17%
Situation d'hébergement problématique 19 n'ont pas de logement 1 a son logement déclaré insalubre ou en péril 3 doivent quitter leur hôtel ou foyer d'hébergement 1 habite un hôtel ou un foyer d'hébergement qui doit fermer 10 sont en hébergement temporaire du CASVP 1 est en hébergement temporaire hors CASVP 5 sont expulsé(e)s pour impayés 5 doivent quitter leur logement, loyer et / ou charges étant trop élevés 12 doivent quitter leur logement repris par son propriétaire 1 perd son logement de fonction 3 ne veulent ou ne doivent plus cohabiter avec leurs logeurs 5 demandes sont sollicitées par le service social d'un hôpital 1 demande est sollicitée par un tiers autorisé	67	63%
Fuite de l'isolement 11 souhaitent ne plus être isolé(e)s 3 souhaitent se rapprocher de leur famille	14	13%
Mutations internes 3 sont en Résidence Appartement et veulent aller en RS 2 sont en EHPAD et veulent aller en RS	5	5%
Divers 2 sollicitent un hébergement d'été 1 a été réorienté(e) lors de la visite médicale	3	3%

Source : Période du 6 avril au 26 octobre 2010, application AïDA, retraitement IGVP

Ces personnes ne demandent pas à être accueillies dans un établissement pour personnes âgées, leur motivation étant de pouvoir disposer d'un logement. Il s'agit majoritairement d'hommes, plus rarement de femmes accueillies à la PSA Chemin Vert.

Ainsi en 2009, pour la permanence Bastille où 219 dossiers de prise en charge ont été au total établis, aussi bien par l'aide sociale de l'Etat si le statut de S.D.F. est reconnu que par la DASES, 115 ont été orientés vers un accueil en résidence-services ou des résidences appartements, 86 ayant été admis dans les unes ou les autres. Ce chiffre doit être rapproché des 170 entrées au total intervenues la même année en résidence-services, ce qui est un autre des signes de la paupérisation des résidents.

Aujourd'hui, on constate une acceptation de cette orientation en même temps qu'un vieillissement des populations accueillies dans les PSA.

1.4. Les sorties sur un an

Sur une période d'un an, les sorties ont été plus nombreuses que les entrées. Ces 192 mouvements sont **dus à peu près à parts égales à des décès (38%) ou à des départs vers d'autres établissements (42%)** adaptés à l'évolution de la situation des résidents. Le CASVP assure lui-même la poursuite de la prise en charge des résidents dans la majorité des cas.

Sans surprise, les sorties concernent pour 58% des personnes âgées de plus de 80 ans.

Tableau 6 : Motifs de sortie des résidences-services sur un an ventilés par âge

Type de sortie	Tranche d'âge					% type de sortie de la résidence service	
	60-70	70-80	80-90	>90	Total		
Décès en établissement	4	4	3	3	14	7%	38%
Décès hors établissement	9	20	15	14	58	30%	
Départ vers établissement autre que CAS VP	5		19	5	29	15%	42%
Départ vers un établissement du CAS VP	5	10	27	10	52	27%	
Retour au domicile	6	8	5	3	22	11%	14%
Sortie libération		3	1	2	6	3%	
Autre	2	5	2	2	11	6%	
Total	31	50	72	39	192		
% âge de départ de l'établissement	16%	26%	38%	20%			

Nota : la rubrique « sortie libération » regroupe les résidents effectivement sortis (hors décès) sans avoir libéré le logement.

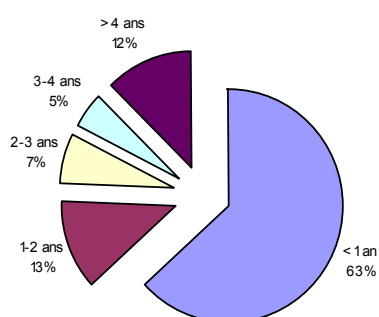
Source : CASVP du 1/09/2009 au 31/08/2010

1.5. La liste d'attente

Une extraction de l'application AïDA a permis d'analyser l'actuelle liste d'attente pour une admission en résidence-services, au 26 octobre 2010. A cette date, 569 dossiers sont dénombrés. Compte tenu des fonctionnalités de l'application, il est possible d'avoir une bonne connaissance des motivations des demandeurs.

1.5.1. La durée d'attente des dossiers

Les demandeurs se répartissent entre 309 femmes et 260 hommes. Si les femmes sont plus nombreuses, il doit être souligné que les admissions effectuées la dernière année ont davantage bénéficié aux hommes. **Les femmes sont candidates en plus grand nombre, mais ce sont les hommes qui sont le plus fréquemment admis.**

Graphique 3 : Ancienneté des dossiers

Les dossiers sont, pour près des deux tiers, en attente depuis moins d'un an. Les demandes très anciennes restent en proportion limitée.

Toutefois, si on évalue la situation en volume, le ratio entre admissions prononcées depuis un an (171) et les dossiers en cours est de 3,3. Si on rapporte le nombre d'admissions aux dossiers de moins d'un an (358), on atteint 1,6, ce qui relativise l'écart entre les possibilités d'accueil et la demande.

1.5.2. Les profils des demandeurs

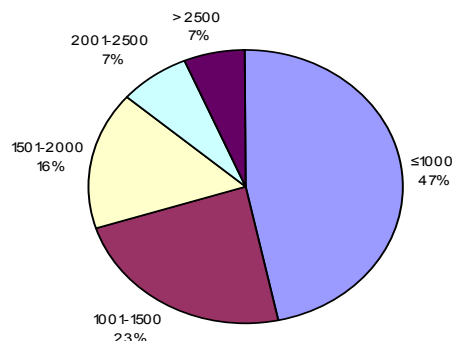
La répartition selon le critère de la nationalité n'est pas très éloignée de la situation actuelle, avec toutefois une proportion encore accrue de ressortissants non

communautaires : si les Français sont 72%, les personnes ayant la nationalité d'un pays n'appartenant pas à l'Union Européenne sont quant à eux 23%

Les revenus des personnes candidates à l'entrée dans une résidence-services dénotent le caractère social de cette offre d'hébergement puisque **près de la moitié déclarent des revenus inférieurs à 1 000 €** par mois et moins d'un tiers disposent de revenus supérieurs à 1 500 €.

La tendance observée à partir de l'augmentation de la part des bénéficiaires de l'aide sociale depuis huit ans se maintiendra dans les années à venir.

Graphique 4 : Revenus des demandeurs (€/mois)



Il est enfin à souligner que seulement 42% des demandeurs bénéficient de l'A.S.L., à comparer à 73% parmi les admis récents : **la prépondérance du critère de la précarité pour l'admission est ainsi manifeste**. Cette remarque est toutefois à nuancer, l'admission à l'A.S.L. pouvant parfois être prononcée à l'occasion de l'entrée en résidence.

1.5.3. La provenance des demandes

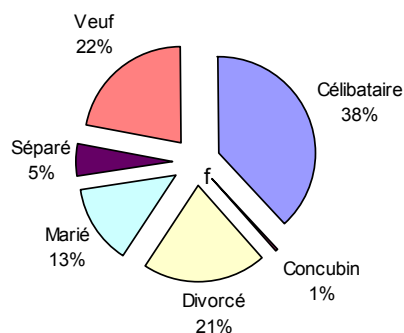
Outre les sans domicile fixe signalés par les permanences Bastille et Chemin Vert (cette dernière accueillant des femmes), sont plus particulièrement remarquables la surreprésentation du 17^{ème} arrondissement ainsi que le poids des 18^{ème} et 15^{ème} arrondissements, parmi les plus peuplés de Paris. A l'inverse, les 12^{ème}, 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements présentent sensiblement moins de candidats que le 11^{ème}, malgré des démographies relativement comparables. Le taux d'équipement des arrondissements n'est sans doute pas sans lien avec l'importance du nombre des candidatures (voir graphique en annexe 1).

La situation familiale dénote par ailleurs l'isolement de la grande majorité des demandeurs. **Seuls 14% d'entre eux sont mariés ou concubins.**

Le veuvage ne concerne que 22% des candidats. Les célibataires, divorcés et séparés approchent des deux tiers de l'ensemble.

Toutes choses égales par ailleurs, les données sont relativement comparables avec la répartition des résidents actuels, le nombre des célibataires étant toutefois, semble-t-il, moins élevé.

Graphique 5 : Situation matrimoniale



De ce fait, au sein de la résidence Baudemons par exemple, la responsable a déclaré que les visites des familles des résidents sont rarissimes ; un même constat a été exprimé pour plusieurs résidences.

1.5.4. Les motifs de demande de logement en résidence-services

Une analyse relativement fine des motivations mises en avant est permise par l'application AïDA. Compte tenu de la faculté offerte aux candidats d'en mentionner plusieurs, les 569 dossiers regroupent 943 motifs allégués. Les items ont été classés comme précédemment pour analyser les motifs d'entrée, en trois rubriques majeures et deux résiduelles.

Tableau 7 : Motifs de demande d'admission en résidence service

	Motifs des demandeurs Nombre (%)		Motifs des admis (%)
Recherche de confort et de services collectifs 184 se disent autonomes et veulent des services collectifs 144 veulent plus de confort (ascenseur, sanitaires privatifs)	328	35%	17%
Situation d'hébergement problématique 63 n'ont pas de logement 12 ont leur logement déclaré insalubre ou en péril 3 occupent un logement sinistré 3 doivent quitter leur hôtel ou foyer d'hébergement 2 habitent un hôtel ou un foyer d'hébergement qui doit fermer 7 sont en hébergement temporaire du CASVP 2 sont en hébergement temporaire hors CASVP 19 sont expulsé(e)s pour impayés 52 doivent quitter leur logement, loyer et / ou charges étant trop élevés 44 doivent quitter leur logement repris par son propriétaire 3 perdent leur logement de fonction 38 ne veulent ou ne doivent plus cohabiter avec leurs logeurs 1 se sépare de son conjoint 20 demandes sont sollicitées par le service social d'un hôpital 25 demandes sont sollicitées par un tiers autorisé	294	31%	63%
Fuite de l'isolement 210 souhaitent ne plus être isolé(e)s 51 souhaitent se rapprocher de leur famille	261	28%	13%
Mutations internes 14 sont en Résidence Service et veulent changer de RS 8 sont en Résidence Appartement et veulent aller en RS 1 est en EHPAD et veut aller en RS	23	2%	5%
Divers 15 ont été réorienté(e)s lors de la visite médicale 22 souhaitent revenir vivre dans la capitale	37	4%	3%

Source : Situation au 26 octobre 2010, application AïDA du CASVP, retraitement IGVP

La recherche de services et de confort reste la motivation première et représente plus d'un tiers de l'ensemble des justifications de la démarche. Un gros quart correspond à la volonté de réduire son isolement. Selon des degrés de gravité et d'urgence différents, le **problème du logement** est invoqué directement ou indirectement par **31% des candidats**. Parmi eux, les sans domicile et ceux qui doivent impérativement quitter leur logement de

manière rapide dépassent la centaine, soit plus du tiers. En rapprochant ces 294 situations d'hébergement problématique des 171 admissions prononcées en un an, il apparaît clairement que ce critère du relogement continuera vraisemblablement de s'imposer comme déterminant dans les années à venir.

Si on ajoute aux conditions de logement précaires les demandes sollicitées par le service social d'un hôpital et la difficulté à faire face au coût des logements, la capacité annuelle d'admission est dépassée. Cette situation illustre la **tendance passée et à venir d'une mutation progressive des résidences-services en résidences à vocation prioritairement sociale**.

Comparée à la liste des motivations des récents admis présentée plus haut, il apparaît d'ailleurs très clairement des différences significatives : la question des problèmes dus au logement est le critère d'admission prédominant (63%) là où il ne représente que 31% des motivations des candidats. **S'ils demandent majoritairement pour des raisons de confort et de rupture de l'isolement, ils obtiennent en priorité au vu de difficultés de logement.**

1.6. Une spécialisation de facto

Pour définir des types de résidence en fonction des difficultés posées par les résidents accueillis, le critère du sexe semble déterminant. Comme il a déjà été montré plus haut, il est étroitement corrélé à celui du bénéfice de l'A.S.L.

Le schéma ci-après situe ces types les uns par rapport aux autres.

A.S.L.	Hommes très majoritaires	Proches de la parité de genres	Femmes très majoritaires
< 50%			Quintinie-Procession, Oscar Roty, Ternes, Vaugelas, Mouffetard, Tourelles
50-64%		Maine, Caulaincourt	Ave Maria et Les Arbustes
65-74%		Petit Rémouleur, Madeleine Béjart, Le Prince	
> 75%	Paris : Bon accueil, Saint-Sauveur et Omer Talon Banlieue : Baudemons, Préfet Chaleil, Aqueduc et Boissière	Les Epinettes, Saint-Eloi, Beaunier	

La segmentation s'effectue relativement simplement en trois ensembles :

- Les résidences masculines à plus des deux tiers, et à l'A.S.L. à plus des trois quarts en distinguant : la banlieue (dans sa totalité), Baudemons, Préfet Chaleil, Aqueduc et Boissière, et Paris : Bon accueil, Saint-Sauveur et Omer Talon ;

- Les résidences féminines à plus des deux tiers en distinguant selon la proportion des bénéficiaires de l'A.S.L. :
 - moins de 50% : Oscar Roty, Les Ternes, La Quintinie-Procession, Mouffetard, Tourelles, Vaugelas
 - plus de 50% et moins que la moyenne (65%) : Ave Maria et Les Arbustes
- Enfin les résidences « mixtes », entre 40 et 63% d'hommes, là encore en distinguant en fonction de l'A.S.L. :
 - Moins que la moyenne (< 65%) : Maine, Caulaincourt,
 - Plus que la moyenne (> 65%) : Saint-Eloi, Petit Rémoleur, Les Epinettes, Madeleine Béjart, Le Prince ;
- Une situation particulière est à noter : Beaunier, partenaire de l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, se caractérise par une mixité prononcée (57% de femmes) et une part élevée de bénéficiaires de l'A.S.L. (84%).

Cette typologie théorique se montre à l'usage pertinente pour classer la plupart des observations et analyser les témoignages recueillis durant la mission : ceux-ci sont présentés dans la deuxième partie du rapport. Elle constitue une sorte de *summa divisio* qui fixe le cadre dans lequel s'inscrivent les raisonnements menés dans la troisième partie pour déterminer les orientations à recommander pour l'évolution de la gestion des résidences-services.

2. LES RESIDENCES : UN PILOTAGE ET UN APPUI DES SERVICES CENTRAUX INSUFFISANTS AU REGARD DES DIFFICULTES QU'ELLES RENCONTRENT

La gestion des résidences est vue à travers leur organisation et leur fonctionnement, la réalité de leur adaptation aux besoins des résidents et aux évolutions constatées, la gestion des ressources humaines, enfin le SSIAD qui reste très imbriqué dans les résidences et se situe en fait au cœur du dispositif.

2.1. L'organisation et le fonctionnement des résidences

Seront successivement examinés les points suivants : la procédure d'admission, l'adossement des résidences aux sections d'arrondissement et aux EHPAD, les taux de vacance, les coûts des services rendus aux résidents, les problèmes immobiliers, les travaux et la sécurité.

2.1.1. La procédure d'admission

La procédure d'admission est commune aux résidences-services et aux résidences appartements. L'instruction relève dans les deux cas des sections d'arrondissement, pour les personnes qui disposent d'un domicile, et des permanences sociales d'accueil (PSA), pour les sans domicile fixe.

La demande est ensuite examinée par la commission d'entrée en résidence, au siège du CASVP. Cette commission a été mise en place en 2010, dans le souci de garantir la transparence et l'objectivité des procédures, à l'instar de ce qui a été réalisé en 2001 pour les logements sociaux relevant du contingent du Maire de Paris. Elle n'est compétente que pour les résidences-services et les résidences appartements. Elle n'examine pas les admissions en EHPAD ou en résidence relais. En revanche, elle en est informée *a posteriori*, régulièrement. Son rôle est de proposer un ordre de priorité des candidats, la décision relevant de la directrice générale du CASVP. Son secrétariat est assuré par le Bureau de l'Accueil en Résidence, au sein de la sous-direction des services aux personnes âgées.

La commission comporte 10 membres titulaires et 30 membres suppléants, désignés par arrêté du Maire de Paris, agissant en qualité de président du conseil d'administration du CASVP :

- 8 titulaires, et leurs 24 suppléants, sur proposition du Conseil de Paris, et répartis à la proportionnelle des groupes de cette assemblée⁷.
- 2 titulaires, et leurs 6 suppléants choisis parmi les institutions oeuvrant pour les personnes âgées parisiennes.

Elle se prononce au vu d'un dossier comportant des informations d'ordre essentiellement administratif : pour le logement, l'indication des demandes à examiner et l'historique des désignations ; pour chaque demandeur, outre l'état civil, l'âge et l'adresse,

⁷ Les titulaires devant être conseillers de Paris, et les suppléants, soit conseillers de Paris, soit conseillers d'arrondissement.

- des informations relatives à la protection et l'accompagnement du demandeur : référence du tuteur ou curateur éventuel ; référence d'un contact proche ; référence de l'assistante sociale ;
- l'existence d'un signalement social ;
- le motif de la demande ;
- les ressources : type et montant mensuel, dernier revenu fiscal connu, les aides au logement actuelles perçues ;
- les caractéristiques du logement actuel : nombre de personnes logées, nombre de pièces, surface, coût du logement, taux d'effort ;
- les résidences demandées ;
- les allocations logement éventuellement allouées ;
- l'historique des demandes antérieurement formulées.

Pour chaque résidence et pour chaque logement, la commission propose un ordre de priorité parmi les candidatures qui lui sont soumises. Les critères de situation sociale et d'urgence, en particulier en cas de relogement, sont prépondérants.

Peu de dossiers sont accompagnés de rapports sociaux. Ces rapports ne comportent pas d'informations médicales, même si leur rédaction peut permettre d'identifier des problèmes de comportement ou d'addiction.

Les données figurant dans les dossiers soumis à la commission sont traitées par deux applicatifs : PIAF, pour le recueil des données de candidature en section ou en PSA, Aïda pour l'aide à l'établissement de l'ordre de priorité proposée à la commission.

A l'issue de la commission, **les candidats retenus passent une visite médicale**. Pour les résidences-services, les personnes sont convoquées dans l'établissement d'accueil pressenti, à des jours définis, par le médecin vacataire attaché à la résidence. Dans la pratique, **cette visite s'effectue fréquemment en présence de la responsable de la résidence, en général cadre de santé de formation infirmière**. Cette visite a pour objet d'apprécier la validité de la personne, au moyen de la grille AGGIR, laquelle ne prend pas en compte les problèmes psychiatriques, ni les problèmes d'addiction, notamment alcoolique, pourtant signalés comme le fait générateur principal des problèmes dans les résidences.

Un certain contraste apparaît entre une procédure administrative très centralisée, très normée et très soucieuse de transparence, et une procédure médicale, par nature plus confidentielle, et assez disparate. Cette situation peut faire naître des soupçons de gestion contingentée des admissions dans certaines résidences en fonction des caractéristiques de la population qu'elle accueille déjà et qu'elle entend préserver⁸. En pratique, 42 refus d'admission ont été décidés au total par 14 résidences en un an : quatre résidences ont prononcé de quatre à neuf refus. A cet égard, la procédure pour les résidences appartements, plus centralisée, présente plus de garanties d'objectivité.

⁸ Voir Infra, tableau des incidents. Même si la profondeur historique des informations recueillies sur un an est trop faible pour porter une appréciation certaine, le rapport entre le nombre de candidats refusés et le nombre de départs enregistrés dans l'année peut laisser supposer une gestion hétérogène des refus d'admission à l'occasion de la visite médicale d'entrée dans la résidence.

Plus regrettable encore, **cette visite d'admission ne donne pas lieu à une véritable évaluation psycho-gériatrique, débouchant sur la proposition d'un parcours de soin.** Or les conduites addictives et les troubles du comportement pourraient être davantage détectés, partant reconnus, et mieux pris en charge. Certes, la faible médicalisation des résidences-services interdit une prise en charge par l'établissement. En revanche, elle pourrait faire l'objet de partenariats avec les structures environnantes, disponibles sur le plan local, à partir de diagnostics objectifs. **Aujourd'hui, les résidences, en particulier les plus isolées, sont réduites à la capacité personnelle de leurs équipes à entretenir ces liens, sans véritable directive, doctrine ou soutien du CASVP en tant que tel, et doivent le plus souvent traiter de manière isolée le problème majeur de l'alcoolisme.**

Quoi qu'il en soit, la visite médicale donne lieu à un titre d'admission adressé par l'établissement à la section, laquelle convoque la personne pour son entrée dans les lieux.

2.1.2. L'adossement aux sections d'arrondissement et aux EHPAD

2.1.2.1. L'organisation de principe

En règle générale, la résidence-services est adossée à une section d'arrondissement du CASVP. Pour certaines résidences de banlieue, la résidence-services est associée à un EHPAD qui tend à se substituer partiellement à la section d'arrondissement pour jouer un rôle d'appui et de pourvoyeur de ressources matérielles et humaines : Aqueduc est ainsi lié à l'EHPAD Cousin de Méricourt et Préfet Caleil à l'EHPAD Groussier.

Les sections d'arrondissement fournissent un appui de gestion et des compétences de conseillères en économie sociale et familiale. La résidence-services y est un établissement parmi d'autres à gérer, mais généralement la seule de son espèce. Il en résulte un manque de projet global pour la gestion des résidences, même si le bureau des résidences et des EHPAD dispose d'une vision panoramique. Il revient à chaque section de faire en sorte que les choses se passent sans anicroche.

Cette organisation rend manifeste une certaine distance des services centraux vis-à-vis des résidences-services.

2.1.2.2. Les risques spécifiques à la résidence Boissière

La situation de la résidence de La Boissière justifie des constats particuliers. Malgré - ou à cause de - son éloignement, la résidence Boissière située à Saint-Vrain est adossée à la section du 20^{ème} arrondissement. Ce rattachement est en pratique artificiel et assure **un soutien insuffisant à la résidence service qui est, à bien des égards, la plus fragile de toutes.** Par ailleurs, aucun EHPAD du CASVP n'est localisé à proximité.

La résidence souffre d'un déficit ancien de résidents : avec une capacité d'accueil de 74 places, l'occupation actuelle, en progrès, n'est que de 46. La dégradation de certaines chambres n'explique qu'en partie ces difficultés, l'éloignement de la capitale restant la cause majeure. La volonté de la PSA Bastille et de l'actuelle direction d'y remédier⁹ ne suffit pas.

⁹ Démarchage dans les communes environnantes et annonces sur les panneaux lumineux de la ville...

Outre le déficit d'occupation, la résidence pâtit aussi d'une insuffisance de partenariats. Ainsi, elle ne dispose pas des prestations d'une assistante sociale, la commune de Saint-Vrain ne considérant pas la résidence comme partie intégrante de son territoire, contrairement à ce qui a pu être constaté à Aulnay-sous-Bois et à Thiais. Plus trivialement et malgré l'éloignement, la résidence ne dispose pas de véhicule de service, contrairement à la résidence Préfet Chaleil qui bénéficie d'un véhicule de l'EHPAD Groussier.

Sur le plan immobilier, seules des initiatives limitées de rénovation ont été entreprises à ce jour, sans perspective d'ensemble.

Quatorze résidents connaissent des problèmes d'alcoolisme. Les incidents signalés sont fréquents. Dans la période du 28 juillet au 30 novembre 2010, quatre incidents graves ont fait l'objet de rapports écrits à la hiérarchie ou d'observations écrites aux auteurs de troubles. En 2003, la résidence a connu un meurtre entre résidents. Une procédure d'internement d'office est en cours. Une fugue s'est produite sans que son auteur ait pu être retrouvé, des agressions violentes et la non exécution d'une décision pénale d'expulsion complètent **un panorama à haut risque pour ses résidents, le personnel et la Ville de Paris elle-même.**

Des points forts doivent être également notés : la qualité de la restauration est attestée par une fréquentation extérieure significative. Surtout une dynamique d'équipe a été mise en œuvre. Une formation volontariste a ainsi été organisée. Chaque agent a suivi au cours de l'année écoulée entre une et trois actions de formation. Deux stagiaires préparant une qualification dans le domaine médico-social sont actuellement accueillis à la résidence. De plus, la responsable par intérim associe systématiquement ses collaborateurs à toutes les réunions d'information ou de formation.

Le gardiennage de l'établissement pose de nombreux problèmes. Il n'a pas été possible d'installer un digicode sur la grille d'entrée, faute de raccordement électrique. Par ailleurs, lorsque la gardienne n'est pas d'astreinte, le remplaçant recruté pour l'occasion ne dispose pas le plus souvent des compétences professionnelles pour assurer un service difficile, compte tenu du profil des résidents. Une solution semble pouvoir être recherchée du côté de l'intervention d'une société de gardiennage agréée. Dans un même ordre d'idées, une action plus déterminée devrait être engagée pour diminuer, sinon éradiquer les intrusions de sangliers.

La détection incendie est en outre à renforcer d'urgence, compte tenu des départs de feux provoqués par des résidents ivres. Une vérification systématique de la détention par les résidents d'une assurance de responsabilité civile a été entreprise, initiative qui mériterait d'être généralisée dans l'ensemble des résidences. L'hygiène est elle-même souvent déplorable, des résidents se refusant à recourir aux services d'une aide ménagère.

2.1.3. La progression de l'activité des résidences les plus sociales

En nombre de journées, l'activité des résidences progresse de 10 636 journées entre 2008 et 2010, soit **une croissance de 2,1%**, pour une capacité pratiquement identique.

Tableau 8 : Taux d'occupation 2008-2010 des résidences-services

		2008		2009		2010		Evolution	
Arrondissement	ÉTABLISSEMENT	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées	%
2 ^{ème}	SAINT-SAUVEUR	15 393	95,6%	15 350	95,6%	15 237	94,9%	-156	-1,0%
3 ^{ème}	MADELEINE BÉJART	25 461	96,6%	25 436	96,8%	25 578	97,3%	117	0,5%
4 ^{ème}	AVE MARIA	28 426	97,1%	27 973	97,0%	26 980	93,6%	-1 446	-5,1%
4 ^{ème}	PETIT RÉMOULEUR	17 518	90,3%	16 896	89,0%	15 602	82,2%	-1 916	-10,9%
5 ^{ème}	MOUFFETARD	19 113	94,9%	18 360	91,5%	17 948	89,4%	-1 165	-6,1%
7 ^{ème}	LEPRINCE	18 062	98,7%	17 756	97,3%	17 452	95,6%	-610	-3,4%
11 ^{ème}	OMER TALON	18 104	73,8%	22 597	92,4%	22 904	93,7%	4 800	26,5%
12 ^{ème}	LES TOURELLES	15 317	95,1%	14 944	93,1%	14 750	91,8%	-567	-3,7%
12 ^{ème}	SAINT-ÉLOI	23 153	80,1%	25 516	88,5%	26 984	93,6%	3 831	16,5%
14 ^{ème}	MAINE	27 089	90,3%	27 003	90,2%	26 577	91,0%	-512	-1,9%
14 ^{ème}	ARBUSTES	26 094	92,6%	25 476	90,6%	25 222	90,9%	-872	-3,3%
14 ^{ème}	BEAUNIER	24 840	93,0%	25 946	97,4%	25 055	94,0%	215	0,9%
15 ^{ème}	VAUGELAS	18 023	96,6%	18 240	98,0%	17 487	93,9%	-536	-3,0%
15 ^{ème}	QUINTINIE	24 832	96,9%	24 034	94,1%	24 216	94,8%	-616	-2,5%
15 ^{ème}	OSCAR ROTY	24 291	93,5%	23 594	91,0%	23 180	90,7%	-1 111	-4,6%
17 ^{ème}	LES TERNES	20 035	91,2%	20 604	94,1%	21 134	96,5%	1 099	5,5%
17 ^{ème}	ÉPINETTES	28 287	93,1%	28 225	93,2%	26 471	89,5%	-1 816	-6,4%
18 ^{ème}	BON ACCUEIL	21 769	99,1%	21 362	97,5%	21 006	95,9%	-763	-3,5%
18 ^{ème}	CAULAINCOURT	26 015	71,8%	31 438	87,0%	34 743	96,1%	8 728	33,5%
TOTAL RÉSIDENCES PARISIENNES		421 822	90,7%	430 750	93,1%	428 526	93,0%	6 704	1,6%

Thiais (94)	LES BAUDEMONS	18 791	67,6%	17 911	64,6%	18 820	67,8%	29	0,2%
Saint-Vrain (91)	LA BOISSIÈRE	16 139	59,6%	18 131	69,0%	16 293	62,0%	154	1,0%
Cachan (94)	AQUEDUC	25 841	87,2%	27 097	91,7%	28 690	97,0%	2 849	11,0%
Aulnay (93)	LE PRÉFET-CHALEIL	19 935	85,1%	21 629	92,6%	20 835	92,1%	900	4,5%
TOTAL RÉSIDENCES DE BANLIEUE		80 706	74,7%	84 768	79,3%	84 638	79,7%	3 932	4,9%

TOTAL		502 528	87,7%	515 518	90,5%	513 164	90,5%	+ 10 636	2,1%
-------	--	---------	-------	---------	-------	---------	-------	----------	------

Source : CASVP

Le contraste demeure cependant très grand entre le taux d'occupation des établissements de banlieue, inférieur à 80%, soit un taux très bas, malgré une nette progression entre 2008 et 2009, et celui des résidences parisiennes, plus satisfaisant à 93%. En fait, le problème concerne une seule d'entre elles, La Boissière, Aqueduc et Préfet Chaleil ayant rattrapé la moyenne. Quant à Baudemons, sa capacité réelle étant de 54 lits du fait que 22 lits sont mobilisés par le SAMU Social depuis janvier 2003, son taux d'occupation ainsi corrigé est en fait de 95,48%

Dans Paris, l'activité progresse sur la même période de 1,6%, avec 6 700 journées supplémentaires enregistrées. Mais cette hausse est principalement enregistrée sur quatre résidences, aux caractéristiques sociales marquées : Omer Talon (+26,5%), Caulaincourt (+33,5%), Saint-Eloi (+16,5%) et Beaunier (+0,9%). Sur la période, ces quatre résidences, qui partaient d'une activité très basse, ont rejoint le taux moyen parisien :

Tableau 9 : Les quatre résidences parisiennes dont le taux d'occupation augmente sensiblement

		2008		2009		2010		Evolution	
Arrondissement	ÉTABLISSEMENT	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées	%
11 ^{ème}	OMER TALON	18 104	73,8%	22 597	92,4%	22 904	93,7%	4 800	26,5%
12 ^{ème}	SAINT-ÉLOI	23 153	80,1%	25 516	88,5%	26 984	93,6%	3 831	16,5%
14 ^{ème}	BEAUNIER	24 840	93,0%	25 946	97,4%	25 055	94,0%	215	0,9%
18 ^{ème}	CAULAINCOURT	26 015	71,8%	31 438	87,0%	34 743	96,1%	8 728	33,5%
TOTAL RÉSIDENCES PARISIENNES		92 112	79,1%	105 497	90,9%	109 686	93,0%	17 574	19,1%

Source : CASVP

En revanche, Maine, dont les caractéristiques sont proches, est demeuré à un taux d'occupation médiocre (91%).

Pour l'ensemble des autres résidences parisiennes, l'activité baisse globalement de près de 11 000 journées.

Tableau 10 : Evolution des taux d'occupation des quinze autres résidences parisiennes

		2008		2009		2010		Evolution	
Arrondissement	ÉTABLISSEMENT	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées	%
2 ^{ème}	SAINT-SAUVEUR	15 393	95,6%	15 350	95,6%	15 237	94,9%	-156	-1,0%
3 ^{ème}	MADELEINE BÉJART	25 461	96,6%	25 436	96,8%	25 578	97,3%	117	0,5%
4 ^{ème}	AVE MARIA	28 426	97,1%	27 973	97,0%	26 980	93,6%	-1 446	-5,1%
4 ^{ème}	PETIT RÉMOULEUR	17 518	90,3%	16 896	89,0%	15 602	82,2%	-1 916	-10,9%
5 ^{ème}	MOUFFETARD	19 113	94,9%	18 360	91,5%	17 948	89,4%	-1 165	-6,1%
7 ^{ème}	LEPRINCE	18 062	98,7%	17 756	97,3%	17 452	95,6%	-610	-3,4%
12 ^{ème}	LES TOURELLES	15 317	95,1%	14 944	93,1%	14 750	91,8%	-567	-3,7%
14 ^{ème}	MAINE	27 089	90,3%	27 003	90,2%	26 577	91,0%	-512	-1,9%
14 ^{ème}	ARBUSTES	26 094	92,6%	25 476	90,6%	25 222	90,9%	-872	-3,3%
15 ^{ème}	VAUGELAS	18 023	96,6%	18 240	98,0%	17 487	93,9%	-536	-3,0%
15 ^{ème}	QUINTINIE	24 832	96,9%	24 034	94,1%	24 216	94,8%	-616	-2,5%
15 ^{ème}	OSCAR ROTY	24 291	93,5%	23 594	91,0%	23 180	90,7%	-1 111	-4,6%
17 ^{ème}	LES TERNES	20 035	91,2%	20 604	94,1%	21 134	96,5%	1 099	5,5%
17 ^{ème}	ÉPINETTES	28 287	93,1%	28 225	93,2%	26 471	89,5%	-1 816	-6,4%
18 ^{ème}	BON ACCUEIL	21 769	99,1%	21 362	97,5%	21 006	95,9%	-763	-3,5%
TOTAL RÉSIDENCES PARISIENNES		329 710	94,6%	325 253	93,8%	318 840	93,0%	-10 870	-3,3%

Source : CASVP

Si, dans l'ensemble, les performances des résidences les mieux notées en termes de qualité de l'offre par le CASVP sont élevées, la faiblesse de celles des Arbustes (90,9%), d'Oscar Roty (90,7%), des Tourelles (91,8%), et de Mouffetard (89,4%) est notable. Leur taux d'occupation est nettement inférieur à ce qu'il devrait être.

Si l'on examine la situation des huit résidences identifiées comme de population la plus féminine, et la moins concernée par la précarité, on observe une baisse sensible de l'activité : elles perdent, au total, plus de 5 000 journées en 2 ans, soit une baisse de 3%.

Tableau 11 : Evolution des taux d'occupation des résidences à forte fréquentation féminine

Arrondissement	ÉTABLISSEMENT	2008		2009		2010		Evolution	
		Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées réalisées	Taux d'occup.	Journées	%
4 ^{ème}	AVE MARIA	28 426	97,1%	27 973	97,0%	26 980	93,6%	-1 446	-5,1%
5 ^{ème}	MOUFFETARD	19 113	94,9%	18 360	91,5%	17 948	89,4%	-1 165	-6,1%
12 ^{ème}	LES TOURELLES	15 317	95,1%	14 944	93,1%	14 750	91,8%	-567	-3,7%
14 ^{ème}	ARBUSTES	26 094	92,6%	25 476	90,6%	25 222	90,9%	-872	-3,3%
15 ^{ème}	VAUGELAS	18 023	96,6%	18 240	98,0%	17 487	93,9%	-536	-3,0%
15 ^{ème}	QUINTINIE	24 832	96,9%	24 034	94,1%	24 216	94,8%	-616	-2,5%
15 ^{ème}	OSCAR ROTY	24 291	93,5%	23 594	91,0%	23 180	90,7%	-1 111	-4,6%
17 ^{ème}	LES TERNES	20 035	91,2%	20 604	94,1%	21 134	96,5%	1 099	5,5%
TOTAL		176 131	94,7%	173 225	93,6%	170 917	93,0%	-5 214	-3,0%

Source : CASVP

Ainsi, au total, **les résidences-services du CASVP voient leur activité progresser globalement de 10 600 journées en 2 ans**, en raison d'une **très forte progression des résidences les plus sociales**, que ce soit celle de banlieue (+3 900 journées), ou de Paris (+17 600 journées), compensant une baisse de 10 900 journées sur les autres résidences. **La spécialisation de plus en plus sociale du CASVP paraît donc une tendance lourde.**

2.1.4. Les coûts des services rendus aux résidents

Les coûts des résidences-services s'établissent, pour la dernière année réalisée connue (2009), à 21,9 M€, correspondant aux dépenses d'hébergement à proprement parler, de loisirs, de restauration et de clubs. Cette somme n'intègre pas les dépenses de soins. Pour ces dernières, le total des charges enregistrées la même année pour le SSIAD s'est élevée à 6,7 M€, dont une partie a bénéficié à des personnes non hébergées en résidences-services.

Tableau 12 : Coûts 2009 des résidences-services et des services associés

Paris	Hébergement	Loisirs	Soins	Restauration	Clubs	Total
Alimentation	0	1 940	ND	2 072 799	23 848	2 098 587
Personnel	3 806 086	18 522	ND	3 628 620	811 444	8 264 672
Autres	5 309 337	103 315	ND	2 465 319	538 354	8 416 326
Total	9 115 422	123 778	ND	8 166 738	1 373 646	18 779 584

Banlieue	Hébergement	Loisirs	Soins	Restauration	Clubs	Total
Alimentation	0	730	ND	323 787	0	324 516
Personnel	896 336	17 067	ND	521 127	25 470	1 460 000
Autres	889 195	52 670	ND	272 012	13 680	1 227 557
Total	1 785 531	70 467	ND	1 116 926	39 151	3 012 074

CUMUL	Hébergement	Loisirs	Soins	Restauration	Clubs	Total
Alimentation	0	2 670	ND	2 396 585	23 848	2 423 103

Personnel	4 702 421	35 589	ND	4 149 747	836 914	9 724 672
Autres	6 198 532	155 985	ND	2 737 331	552 035	9 643 883
Total	10 900 953	194 244	5 800 000	9 283 664	1 412 797	27 591 658

Source : CASVP retraité IGVP

Si l'on estime à environ 520 le nombre des résidents ayant bénéficié du SSIAD, sur un total de 600 places, on peut imputer aux résidences-services une somme d'environ 5,8 M€ à l'activité, ce qui porte **la totalité de ses coûts à 27,6 M€**.

A l'unité d'œuvre (journée pour l'hébergement, nombre de repas, et heures pour les clubs) ces coûts s'établissent comme suit, en euros :

Tableau 13 : Coûts des prestations à l'unité d'œuvre

	Hébergement	Loisirs	Restauration	Clubs
Paris	21,24	0,29	21,28	74,23
Banlieue	21,06	0,83	21,25	108,75
Cumul	21,21	0,38	21,27	74,89

Source : CASVP retraité IGVP

On ne note pas de différence nette globalement entre les établissements de banlieue et de Paris sur les prestations de base, à savoir l'hébergement et la restauration, même si d'importantes disparités peuvent être relevées selon les établissements. En revanche, l'heure de club est un tiers plus coûteuse en banlieue, sur, il est vrai, un volume modeste.

Le coût de l'hébergement, dans les limites ci-dessus indiquées s'agissant de la répartition des coûts du personnel de soins, se situe à un niveau plutôt raisonnable. Si l'on raisonne en loyer mensuel, le loyer d'équilibre de la prestation hébergement s'établirait à 582 €, et à 657 € en intégrant les clubs, soit un niveau acceptable, dans l'absolu, mais plutôt élevé si on le rapporte à la surface moyenne (20,6 m²), et à la modestie des éléments de confort et aux services proposés dans l'ensemble du parc.

Les comparaisons se révèlent cependant difficiles. Le CASVP paraît sensiblement moins cher que l'Association Résidences et Foyers (AREFO), dont aucune des 3 résidences-services parisiennes n'est conventionnée à l'aide sociale, et dont la résidence la moins chère propose un loyer de 636 € (pour 33 m²). Il est encore moins cher que Bon Secours, dont les prix de journée s'évaluent entre 30,84 € et 56,05 €. Il se situerait plus près de l'Association des Résidences pour Personnes Âgées (AREPA), dont les loyers sont annoncés à moins de 700 € mensuels, mais dont seule une résidence est conventionnée à l'aide sociale. De surcroît, les prestations diffèrent. Ainsi, l'entretien des chambres n'est pas fourni par le CASVP, alors qu'il l'est chez d'autres opérateurs, comme Bon Secours.

Sur la **restauration**, cependant, **les coûts du CASVP paraissent nettement excessifs**. A plus de 21 € par repas, on ne se situe plus dans les coûts de la restauration collective¹⁰. Une réflexion paraît indispensable sur la désaffectation des restaurants qui se traduit par des coûts moyens exorbitants dans certains d'entre eux.

¹⁰ Par comparaison, Bon Secours facture le déjeuner 8,53 €. Même si ce prix est inférieur au coût de revient, il est probable que celui-ci soit moins élevé que pour les restaurants du CASVP.

2.1.5. Les problèmes immobiliers

Les 23 résidences-services du CASVP ont été construites en une période de 13 années, s'étendant entre 1966 pour la plus ancienne (Les Ternes) et 1979 pour la plus récente (Beaunier), deux d'entre elles ayant fait l'objet de rénovation en 1985 (Les Ternes et Préfet Chaleil). **Elles répondent donc aux caractéristiques architecturales et aux normes de construction du logement social des années 1960-70**, destinées à répondre aux besoins de l'époque. Leur capacité moyenne est de 68 places, soit sensiblement plus que la moyenne constatée au plan national, qui est de 51 places¹¹.

S'agissant des seules résidences-services parisiennes, **elles représentent 59% du parc de logements foyers présents dans la capitale, hors résidences appartements**. Le secteur privé offre 885 places dans 16 résidences. Ces dernières ne sont cependant pas toutes conventionnées à l'aide sociale, certaines étant spécialisées : aveugles, veuves et orphelins de guerre, communauté israélite...

Tous les logements sont conventionnés au titre du logement social et leurs locataires sont éligibles aux allocations de logement social. Toutes les résidences-services du CASVP sont en outre conventionnées à l'aide sociale.

L'âge moyen de ces structures est de 37 ans. Si, dans l'ensemble, elles ont été correctement entretenues et parfois rénovées, leur conception même trahit néanmoins leur âge : distribution linéaire des logements, surfaces petites, fréquente absence de douche individuelle (640 logements seulement en disposent), équipement ménager minimal, absence de téléphone intérieur, de prise télévision, de connexion wifi ou Internet, accès handicapés insuffisants, isolation sonore et thermique moyenne.

Sur le plan de la réglementation incendie, elles relèvent de la réglementation des établissements recevant du public (ERP) pour les parties destinées aux services communs, telles les restaurants, et de la réglementation habitation pour les appartements proprement dits, à la différence des EHPAD qui relèvent des ERP de type J pour leur ensemble.

S'agissant du statut de propriété, les résidences se distribuent en trois groupes principaux : celles dont le CASVP est propriétaire, celles où il est preneur à bail emphytéotique de la Ville, et celles où il est locataire. Dans le premier cas, l'établissement public dispose de la maîtrise totale de la gestion, dans la seconde, c'est la collectivité parisienne, plus largement, qui conserve cette maîtrise, dans le troisième cas, le CASVP est lié par les conventions signées avec les propriétaires (dans tous les cas des bailleurs sociaux). Ce dernier cas est cependant largement minoritaire.

¹¹ Enquête de 2007 de la Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques du ministère des affaires sociales.

Tableau 14 : Statuts de propriété des résidences-services

	Propriétaire		Emphytéote		Locataire		Total
Nombre de résidences	12	52%	7	30%	4	17%	23
Nombre de logements	817	52%	485	31%	263	17%	1 565
Surfaces (en m ²)	43 334	54%	25 197	32%	11 341	14%	79 872

Source : CASVP, retraitement IGVP

Ainsi, le CASVP est-il propriétaire de plus de la moitié de son parc, emphytéote de la Ville pour environ un tiers, et locataire pour moins de 15%. Les statuts de propriété et d'occupation ne rendent pas compte des seuls obstacles à d'éventuelles rénovations ou réhabilitations, mais bien plus des incertitudes sur la vocation de ces établissements, des contraintes supplémentaires en cas de changement de statut, avec le passage en ERP, ainsi que d'évidentes contraintes de financement. Par ailleurs, **la priorité donnée à la création d'EHPAD semble s'être traduite par une réflexion stratégique limitée sur ce patrimoine**, aucune étude n'ayant été communiquée sur les possibilités de rénovation lourde : augmentation des surfaces des logements, amélioration des éléments de confort, possibilité éventuelle de reconversion, totale ou partielle, en EHPAD.

Tableau 15 : Caractéristiques du parc des résidences-services

	Surface moyenne	Douche individuelle	Note globale pondérée	Aide sociale	Aide sociale Etat	
LES TERNES	32,7	OUI	4 360	30%	0%	17 ^{ème}
OSCAR ROTY	31,6	OUI	ND	28%	2%	15 ^{ème}
VAUGELAS	31,5	OUI	ND	34%	2%	15 ^{ème}
LA QUINTINIE-PROCESSION	30,3	OUI	ND	34%	0%	15 ^{ème}
LES TOURELLES	30,0	OUI	4 140	42%	0%	12 ^{ème}
MOUFFETARD	25,8	OUI	3 880	29%	4%	5 ^{ème}
LES ARBUSTES	24,7	OUI	ND	63%	5%	14 ^{ème}
LE PRÉFET-CHALEIL	21,0	OUI	ND	95%	64%	Banlieue
AVE MARIA	19,8	OUI	3 750	58%	4%	4 ^{ème}
LES BAUDEMONS	18,6	NON	2 390	78%	55%	Banlieue
CAULAINCOURT	18,6	NON	3 120	62%	4%	18 ^{ème}
OMER TALON	18,4	NON	3 170	82%	18%	11 ^{ème}
MADELEINE BEJART	18,0	NON	2 520	71%	27%	3 ^{ème}
LA BOISSIÈRE	17,4	NON	2 050	80%	47%	Banlieue
SAINT-ÉLOI	17,4	NON	2 550	81%	20%	12 ^{ème}
MAINE	17,2	NON	2 470	63%	5%	14 ^{ème}
AU PETIT RÉMOULEUR	16,8	OUI	3 350	79%	11%	4 ^{ème}
LEPRINCE	16,5	NON	2 850	71%	10%	11 ^{ème}
BEAUNIER	16,5	NON	2 390	84%	13%	14 ^{ème}
LES ÉPINETTES	15,8	NON	2 470	76%	5%	17 ^{ème}
AQUEDUC	15,1	NON	2 350	84%	43%	Banlieue
SAINT-SAUVEUR	14,7	NON	2 210	76%	15%	2 ^{ème}
BON ACCUEIL	12,8	NON	1 970	93%	17%	18 ^{ème}
Surface moyenne pondérée	20,6			65%	16%	

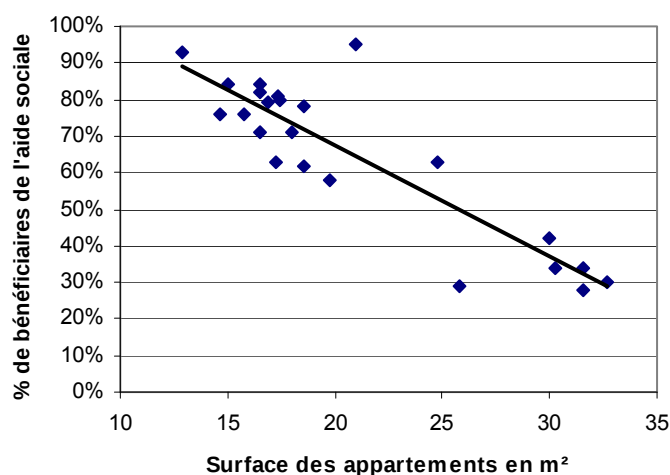
Source : CASVP, retraitement IGVP

Ce parc est massivement constitué d'unités individuelles, chambres ou studios, de surface moyenne réduite (20,6 m²) et d'éléments de confort modeste. **Sur les 1 540 chambres, 900 ne sont pourvues que d'un cabinet de toilette.**

Les caractéristiques des appartements et la typologie du peuplement des différentes résidences sont fortement corrélées. Le tableau suivant dresse une typologie synthétique des différentes résidences, au regard de trois critères. Deux sont des critères simples, disponibles pour la totalité des structures : la taille moyenne des appartements et la présence de douches individuelles. Le troisième est un indicateur composite, élaboré par le CASVP, mais disponible pour 18 résidences seulement. Cet indicateur global retient 33 critères, intégrant des éléments relevant de l'urbanisme (desserte), des fonctions collectives, de l'hébergement (pondérant fortement la présence d'une douche individuelle), de l'analyse architecturale du bâti, de la santé, du confort et de la performance énergétique.

Si l'on rapproche la surface de la proportion de bénéficiaires de l'aide sociale, l'indice de corrélation devient très fort : -0,88. **Plus les surfaces sont grandes, moins le taux de bénéficiaires de l'aide sociale est élevé**, ce qui se traduit graphiquement par une courbe de tendance en forte pente.

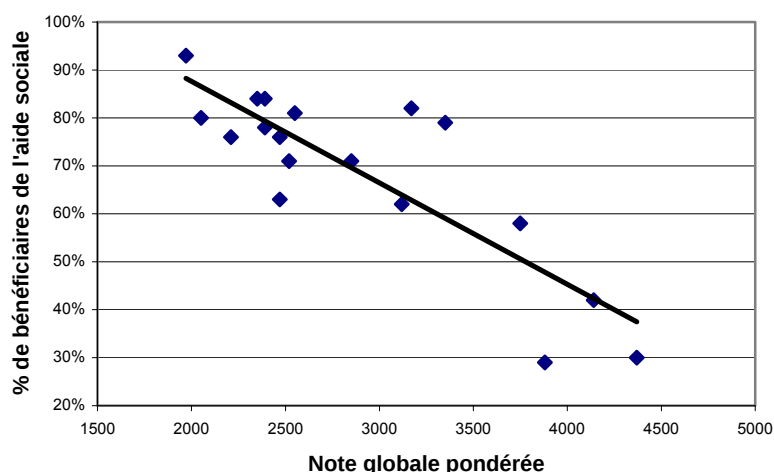
Graphique 6 : Corrélation surface des appartements / taux de bénéficiaires de l'aide sociale



Source :

Source : Données CASVP

De la même manière, si l'on rapproche la note globale pondérée, intégrant tous les éléments d'appréciation sur la qualité de l'immeuble, de la proportion de bénéficiaires de l'aide sociale, pour les 18 résidences où la note a été calculée, le taux de corrélation reste élevé et est pratiquement identique au précédent (-0,84).

Graphique 7 : Corrélation note globale pondérée/taux de bénéficiaires de l'aide sociale

Source : Données CASVP

Il paraît clair que **les caractéristiques mêmes du patrimoine - surfaces, éléments de confort, localisation, caractéristiques architecturales - positionnent une forte proportion de l'offre du CASVP sur un créneau social**. S'agissant de la population accueillie la plus sociale, c'est-à-dire celle relevant de l'aide sociale Etat - population sans domicile de secours -, la corrélation entre la surface et le taux de bénéficiaires est moins apparente sur l'ensemble des 23 résidences (coefficient -0,42), en raison de la très forte concentration de cette population dans les résidences de banlieue. En revanche, si l'on ne retient que les 19 résidences parisiennes, le coefficient de corrélation redevient significatif : -0,67. Le coefficient est pratiquement identique si l'on rapproche le taux de bénéficiaires de l'aide sociale Etat de la note globale pondérée pour les 15 résidences parisiennes où il a été calculé : -0,65.

2.1.6. Les travaux

Les éléments transmis par le CASVP n'étant pas valorisés, leur analyse est difficile. Ces travaux portent pour l'essentiel sur les parties communes, et les logements de fonction. Les mises en conformité et les travaux de sécurité occupent une place importante. Les travaux sur l'équipement sanitaire ou les kitchenettes des appartements sont assez peu nombreux. Sur les 22 résidences étudiées¹², seules deux voient des travaux réalisés chaque année de 2008 à 2011. On notera qu'en quatre ans, les trois résidences de banlieue n'ont connu de travaux qu'une seule fois chacune.

D'après les comptes analytiques 2009, les dépenses d'entretien des bâtiments et espaces verts, ainsi que les travaux imputés sur le budget de fonctionnement s'établissent à 1,7 M€, dont 0,45 M€ d'entretien et 1,25 M€ de travaux, soit 7,9% du total des charges d'exploitation.

¹² En l'absence de données relatives à la résidence Préfet Chaleil.

Tableau 16 : Travaux dans les résidences-services 2009-2012

Résidence	arrdt	2008	2009	2010	BI 2011
Saint-Sauveur	2			sécurité	logement de fonction rénovation terrasse
Madeleine Béjart	3	isolation	portillon extérieur	sécurité	sanitaires
		mise aux normes	logements de fonction		rénovation terrasse
		sécurité	rénovation faux plafond		
		logement de fonction			
		ravalement			
Petit Rémouleur	4	sécurité	sécurité		
Ave Maria	4	sécurité		sécurité	rénovation des sols cuisine
				rénovation électrique	mise aux normes
Mouffetard	5	étanchéité sol de la cuisine	mise aux normes	logement de fonction	
			ventilation local épicerie		
Leprince	7			logement de fonction	
Omer Talon	11	ventilation			
		sécurité			
Les Tourelles	12	sécurité		système appel-malades	rénovation terrasse
					rénovation électrique
Saint-Eloi	12	réfection du sol restaurant et salle télé remplacement porte d'entrée		rénovation des vestiaires du personnel de cuisine	
Maine	14	logement de fonction	logement de fonction		
Beaunier	14	douches		sécurité	
Arbustes	14	mise en conformité			
Oscar Roty	15		logement de fonction		
Vaugelas	15	mise en conformité	sécurité		
		logement de fonction			
Quintinie Procession	15	rénovation électrique			
Les Epinettes	17	logements de fonction	logements de fonction	logement de fonction	
			mise en conformité	travaux en chaufferie	
Ternes	17	sécurité	sécurité	logement de fonction	
		pose de stores		sécurité	
Caulaincourt	18	logements de fonction	équipements sanitaires		
		logement de fonction	logement de fonction		
		désamiantage	désamiantage		
		sécurité	sécurité		
		mise en conformité	dallage de la cour		
Bon accueil	18	sécurité	logements de fonction	modernisation des kitchenettes	dallage de la cour
Aqueduc	92			logement de fonction	
Les Baudemons	94			logement de fonction	
la Boissière	91				équipement sanitaire

Source : Informations CASVP

Conscient des faiblesses de son patrimoine en termes de surface et de confort, le CASVP a identifié huit résidences à restructurer prioritairement : Saint-Sauveur, Epinettes, Madeleine Béjart, Beaunier, Maine, Saint-Eloi, Le Prince et Caulaincourt. **Sur la base d'une dépense de 1 500 €/m², le budget a été évalué, de manière sommaire, à 37,95 M€, ce qui situe l'ampleur de l'effort à consentir pour la collectivité parisienne.**

2.1.7. La sécurité

Le préambule du règlement des résidences-services donne une définition précise de leur vocation originelle : « *Elles sont destinées à des personnes âgées autonomes désireuses de bénéficier de la sécurité qu'apporte la présence permanente de personnel et l'existence de services collectifs : restaurant Emeraude, clubs de loisirs, prestations hôtelières...* » Le besoin de sécurité y est donc affirmé comme premier.

Or, les problèmes de sécurité rencontrés sont révélateurs de **la contradiction entre le statut d'un espace privatif peu contraignant**, mis à disposition de résidents autonomes, libres d'aller et de venir comme de s'adonner aux activités de leur choix **d'une part et, d'autre part, les risques liés à la désocialisation de certains d'entre eux et aux pathologies psychiques ou addictions diverses dont ils souffrent**.

Cette situation n'est pas sans risque pour les personnes elles-mêmes, les agents qui travaillent dans ces lieux et la collectivité dans son ensemble : ces risques provoquent des inquiétudes au sein du personnel. Il peut s'agir de risques d'incendie et de violences génératrices de délits, voire de crimes¹³.

Quatre problèmes ont été repérés dans le cadre de la présente mission.

- Les risques d'incendie

La circulaire du directeur général de l'action sociale du ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité du 26 mars 2008 relative notamment aux nouvelles règles applicables en matière de sécurité incendie dans les logements foyers, indique que peut leur être appliquée la réglementation « habitation » au lieu de la réglementation « ERP de type J », laquelle nécessite une mise aux normes dont l'incidence financière pourrait se révéler dissuasive.

L'interdiction de fumer ne vaut aujourd'hui que dans les parties communes (article 15 du règlement). L'interdiction de fumer dans les parties privatives des résidences est sans fondement juridique possible, la partie privative étant assimilée à un domicile – circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements sociaux et médico-sociaux assurant l'accueil et l'hébergement mentionnés aux 6°, 7°, 8° et 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Cette incapacité à la prévention implique de renforcer les dispositifs de détection sans tarder : **l'installation de détecteurs de fumée dans tout logement**, rendue obligatoire dans un délai de cinq ans, **doit être mise en œuvre par anticipation**. Les interdictions des comportements dangereux étant exclus, il convient plus généralement de s'astreindre à des normes de sécurité incendie supérieures à celles imposées par la réglementation pour tenir compte de la concentration supérieure à la moyenne de personnes susceptibles de provoquer des départs de feu.

La direction devrait pouvoir accéder systématiquement à l'intérieur des logements, notamment en cas d'incendie, pour permettre un recensement des personnes présentes ou absentes et disposer ainsi des clefs d'accès de chaque logement comme le permet l'article 13 du règlement prévoyant que « *le résident laisse au personnel un double de ses clefs...* »

¹³ De tels constats ont été exposés lors du colloque sur les foyers logements de décembre 2010. Un représentant du conseil général de l'Ardèche a ainsi indiqué que les foyers logements posaient trois problèmes principaux dans ce département, dont la sécurité incendie.

Au demeurant l'article 22 dispose que « *son représentant (celui du CASVP) a un droit de visite dans les logements sans préalable en cas d'urgence impérieuse* ».

De plus, **le système de coupure automatique des plaques chauffantes**, dont l'installation est aujourd'hui limitée aux résidences dont les cuisinettes sont rénovées, **pourrait être généralisé sans tarder**.

- L'hygiène

L'article 12 du règlement dispose que « *l'hygiène et l'entretien courant du logement ainsi que son rangement incombent au résident*. » Malgré l'intervention mensuelle des agents sociaux et celle, plus ponctuelle, du service d'hygiène de la Ville, détenteur des pouvoirs de police au nom du Maire de Paris, **l'hygiène insuffisante de plus de 10% des résidents**¹⁴ – en particulier les comportements de type « Diogène » - **est source de difficultés**.

- Les violences physiques et verbales

Si les violences physiques sont fort heureusement limitées à 30 auteurs¹⁵, en revanche les agressions verbales et autres incidents dont sont victimes le personnel et les résidents sont fréquents. Les dispositions finales de l'article 16 du règlement par lesquelles « *il est rappelé que les faits de violence physique ou verbale sur les résidents ou les membres du personnel peuvent entraîner une procédure administrative et / ou judiciaire* » devraient être davantage utilisées. Les articles 32 et 33 dudit règlement mentionnent la possibilité de la réunion de la commission d'exclusion pour des manquements graves et répétés des résidents à leurs obligations. L'exclusion éventuellement recommandée ne pourra toutefois être transformée en expulsion que par un juge auquel la police aura prêté main forte. **Il est en tout état de cause essentiel de poser des limites formalisées pour que les personnels puissent intervenir efficacement**.

- L'assurance des risques

L'article 8 du règlement prévoit qu'il « *sera demandé aux résidents de présenter une attestation d'assurance risques locatifs et responsabilité civile* ». Cette disposition mériterait que son application effective soit régulièrement vérifiée.

2.2. L'adaptation aux situations et aux évolutions

Une tentative d'objectivation des difficultés engendrées par le comportement de certains résidents a pris la forme d'un recueil de déclarations par les membres de la mission auprès des responsables de résidence sur les incidents, le nombre de leurs auteurs et leur fréquence. Les mesures d'adaptation passent par des interventions de psychologues, de psychiatres, des partenariats avec diverses institutions et un suivi social : elles seront détaillées dans un deuxième temps.

2.2.1. La connaissance des incidents

Le suivi des incidents révélateurs des difficultés de cohabitation entre résidents et des problèmes que le comportement de certains d'entre eux pose aux personnels n'est pas

¹⁴ Cf. le tableau ci-après des incidents recensés sur une durée d'un an dans les résidences-services.

¹⁵ Cf. le tableau cité dans la note précédente.

systematique. Si quelques approches partielles existent, aucun outil de mesure comparative des résidences n'est disponible.

L'étude du CREPAH de 2002 avait mis en avant deux données très globales : le nombre d'alcooliques et le nombre de résidents souffrant de troubles psychologiques, sans donner dans ce dernier cas de définition de ce que recouvrait ce type de situation.

Certaines résidences, comme Aqueduc, tiennent un cahier de rapports d'incidents ; une autre – Baudemons – a élaboré une grille propre qui se limite à des indications très globales, comme les cas d'alcoolisme ou de personnes rencontrant des difficultés psychologiques, à l'identique de celle qu'avait établie le CREPAH.

De son côté, le SSIAD a récemment mené une enquête sur le profil de ses bénéficiaires : adoptant logiquement un angle médical, elle recense les « addictions alcooliques, les troubles chroniques du comportement, l'état dépressif ou anxieux » ; elle a pour principal objectif de donner une photo de l'état des pathologies dont souffrent ses patients. Pour la présente mission, elle présente toutefois l'inconvénient majeur de se focaliser sur les patients du SSIAD qui ne représentent qu'un part minoritaire des résidents des résidences-services et incluent en outre environ 80 résidents des résidences appartements, donc extérieurs à la population ici analysée.

Enfin, l'observatoire parisien de la tranquillité publique de la direction de la prévention et de la protection suit, à l'aide du logiciel baptisé ESPRI, « les atteintes portées aux équipements et aux personnels municipaux » pour l'ensemble des services de la Ville de Paris, auxquels le CASVP est en l'occurrence agrégé. Cet outil a cependant des limites. L'objectif de cette nomenclature est en effet de recenser des troubles à l'ordre public concernant l'ensemble de la collectivité parisienne : certaines résidences ne se sont pas appropriées l'outil, trop général ou trop détaillé selon les rubriques, par exemple sur les agressions verbales ou les attentats à la pudeur. De ce fait, l'entrée des données n'est pas faite de manière rigoureuse par les résidences, ce qu'a confirmé le responsable de la gestion du dispositif au sein des services centraux du CASVP.

Une grille a en conséquence été élaborée dans le cadre de la mission dans l'objectif de rendre plus précise l'évaluation des conséquences du comportement de certains résidents, plutôt que de leurs causes possibles comme dans l'étude du CREPAH ou celle du SSIAD. Elle ne constitue donc ni un outil médical ni un recensement des troubles eux-mêmes, à l'exception de l'alcoolisme. Elle a fait l'objet d'un test auprès de responsables des résidences et du CASVP avant sa diffusion générale. Au-delà de son exploitation pour les besoins du présent audit, cette grille pourrait constituer à l'avenir, après adaptation, une base pour des tableaux de bord des responsables des résidences, consolidables au niveau central. Ces consolidations pourraient aider, entre autres, aux appréciations de la commission d'entrée en résidence.

Afin de permettre l'appréciation des difficultés engendrées par l'évolution des profils des personnes accueillies, il a donc été demandé aux responsables des résidences-services d'évaluer le nombre d'incidents recensés sur une année ainsi que celui de leurs auteurs. A titre subsidiaire, ont été demandées d'autres informations telles que le refus d'admission à la suite de la visite médicale, les exclusions ou les sorties de la résidence...

Les résultats du travail de recensement sont présentés dans le tableau ci-après.

En premier lieu, il importe de noter que **les violences physiques, de même que les agressions sexuelles, sont heureusement rares. La violence contre les biens est aussi le fait d'un petit nombre de personnes. En revanche, les violences verbales sont fréquentes et émanent d'un nombre significatif d'auteurs.**

Parmi les sources d'incidents et de désagréments, l'alcoolisme et le défaut d'hygiène apparaissent comme étroitement liés à la sociologie des résidents. L'étude du CREPAH faisait état de 8,5% d'alcooliques en considérant ce pourcentage comme sans doute sous-estimé. On approcherait désormais les 13%. **La concentration des alcooliques est surtout frappante dans certaines résidences : plus de 30% dans les résidences de banlieue, et même jusqu'à 71% à Baudemons.** L'insuffisance d'hygiène (y compris les comportements dits « Diogène ») semble comparable en volume, avec une répartition un peu plus lissée, même si, là encore, les problèmes sont, sauf exception, plus concentrés dans les résidences de banlieue.

Même si la qualité des données est discutable, **l'ordre de grandeur du nombre des résidents sources de difficultés serait de plusieurs centaines.** Même si l'on fait l'hypothèse d'une sur-déclaration dans certaines résidences, en particulier celles réputées les plus tranquilles, ce volume d'environ 30% met en évidence l'ampleur du problème, quel que soit le décalage entre effectif et ressenti. Il limite les espoirs d'un cantonnement des auteurs des problèmes réels (ou considérés comme tels) en un nombre limité de lieux.

Ce tableau révèle enfin des pratiques (ou résultats ?) hétérogènes de la visite médicale d'admission selon les résidences. Certaines semblent accepter tout nouvel arrivant par principe, d'autres paraissent soucieuses de préserver des équilibres sociologiques.

Tableau 17 : Incidents recensés sur une durée d'un an dans les résidences-services

ARBUSTES	AVE MARIA	BEAUNIER	BON ACCUEIL	CAULAINCOURT	LE PRINCE	LES EPINETTES	LES TERNES	MADELEINE BEJART	MAINE	MOUFFETARD	OMER TALON	OSCAR ROTY	PETIT REMOULEUR	QUINTINIE-PROCESSION	SAINT-ELOI	SAINT-SAUVEUR	TOURELLES	VAUGELAS	AQUEDUC	BEAUEMONS+ SAMU SOCIAL	BOISSIERE	PREFET CHALEIL	TOTAL
----------	-----------	----------	-------------	--------------	-----------	---------------	------------	------------------	-------	------------	------------	------------	-----------------	----------------------	------------	---------------	-----------	----------	---------	------------------------	-----------	----------------	-------

Nombre d'auteurs concernés

Agressions physiques																								
- visant le personnel				2		1		1	2			4		1						1	6		18	
- visant les autres résidents								1	1			2								4	4		12	
Agressions verbales																								
- visant le personnel	6	8	4	2	1	8	5		13	5	1	4	4	2	1	17	1	1	2	10	13	19	3	130
- visant les autres résidents	2	3	7	5	1	6	6	1		6		3	6	2		5	4	1	1	3	5	10		77
Agressions sexuelles[1]		2		1					2												6	1	12	
Fugues	1							2	2		2				2				2		3		14	
Détériorations de biens		1	2	1					1			1		2	1	4			1	2			16	
Alcoolisme	4	3	6	6		2	5		10	4	3	10		6		10	8	2	1	23	37	14	21	175
Hygiène défectueuse[2]	11	5	7	2		2	4	1	10	2	6	10	12	4		12	8	1	7	24	24		13	165
Interventions de la police				2	1			1	3	1	1	2		1		4		1	1		6	3		27
Autres comportements asociaux		3		2			1				3	10	2	2				1	2		3	19		48
Résidents "difficiles"	24	15	18	16	3	19	20	7	25	18	16	15	24	9	2	27	8	2	13	31	40	41	24	417
Total résidents	67	43	69	55	97	47	72	56	71	74	48	61	66	38	67	73	42	44	47	77	52	43	55	1364
Proportion de résidents estimés difficiles	36%	35%	26%	29%	3%	40%	28%	13%	35%	24%	33%	25%	36%	24%	3%	37%	19%	5%	28%	40%	77%	95%	44%	31%
Autres informations	0																							
Refus d'admission après visite médicale	2				1		1	5	9	2	2		1	3	4	4			3		4	1		42
Réunions de la commission d'exclusion							1					1		1						2	1	1		7
Exclusions												1	4	1							1	1		8
Sorties temporaires en état de crise				1					1	1												2	1	6
Sorties définitives							4	5	8		1	1		1		9			5					34

^[1] Harcèlement, attentat à la pudeur, exhibitionnisme...^[2] Comportements Diogène en particulier.

Source : questionnaire IGVP envoyé le 18 novembre 2010

2.2.2. L'intervention des psychologues

Un contrat-type d'engagement, définissant un corpus de missions et de règles, fixé en décembre 2006, est accompagné d'un droit de tirage d'heures d'intervention (au moins 4 heures mensuelles, plus souvent 8, quand la fréquence d'intervention n'est pas hebdomadaire), chaque résidence, en collaboration avec le responsable de sa section d'arrondissement ou EHPAD de rattachement, ayant délégation pour choisir le prestataire souhaité. La qualité de ces interventions est jugée satisfaisante par les responsables de résidence rencontrés. **Un bon équilibre transparait entre un cadrage de ces interventions au niveau central et une déconcentration du choix des intervenants au niveau local.** Autre aspect de cette souplesse, la répartition du bénéfice de l'intervention entre les résidents et les personnels ou entre l'EHPAD et la résidence lorsque telle est la configuration, est laissée à l'appréciation des échelons déconcentrés.

Toutefois, certaines résidences, comme celles du 15^{ème} arrondissement, ont choisi de réserver l'intervention du psychologue exclusivement à l'une ou l'autre des deux catégories de bénéficiaires. Si ce choix n'est pas critiquable dans son principe, il mériterait cependant une évaluation. Une telle évaluation recouvre la question de la supervision des tâches et des difficultés rencontrées par les équipes de direction. Ce problème de la supervision va, de toute évidence, revêtir une importance de plus en plus grande au fur et à mesure que les problèmes comportementaux des résidents vont eux-mêmes s'accroître.

2.2.3. L'intervention des psychiatres

L'intervention psychiatrique dans les résidences est insuffisante. En dehors de la rareté des praticiens, de leur éloignement géographique, de leurs difficultés de déplacement dans les résidences, cette situation est expliquée par des raisons déontologiques, en particulier le principe de la libre adhésion des patients.

Dans quelques cas, des collaborations satisfaisantes ont été signalées lors des visites de la mission, comme aux Ternes avec le centre médico-psychologique (CMP) de la rue de Rochefort ou à la résidence Saint-Sauveur, également en relation avec le CMP de son ressort territorial. **Les relations se sont établies sur un mode informel, voire personnel.** Ces relations sont qualifiées de satisfaisantes lorsque le travail s'effectue en réseau comme dans le 14^{ème} arrondissement où le médecin conseil du CASVP est particulièrement présent, ou dans le 15^{ème} arrondissement pour la résidence La Quintinie-Procession.

Une exception est notable toutefois pour la résidence Beaunier. Non seulement des interventions de praticiens *in situ* sont programmées, mais les solutions apportées ont été également dûment formalisées sur la base de conventions et d'avenants à partir de 1995, puis en 2000 et 2006. Le mémoire de présentation au Conseil d'Administration le 12 juillet 2006 de l'avenant nécessaire à l'intervention du centre hospitalier Sainte-Anne à Beaunier précise en outre l'existence d'un projet d'établissement dans cette résidence et son acceptation « *d'accueillir des patients stabilisés présentés par le centre hospitalier* ».

2.2.4. Des partenariats avec d'autres institutions

Les résidences-services visitées se situent toutes au cœur d'un réseau plus ou moins étendu et plus ou moins formalisé de partenaires dans les domaines des soins, des services sociaux ou encore de prestataires divers contribuant au bien-être des

résidents. Des partenariats particuliers ont parfois été mis en place : par exemple, celui entre la résidence Baudemons et sa commune d'implantation, Thiais, pour la facilitation des enterrements.

Plus largement, il faut signaler la particularité des résidences de banlieue où des partenariats forts ont été mis en place avec les autorités locales - communales et départementales - qu'il s'agisse de l'offre de prestations sociales ou de l'attribution de l'aide sociale elle-même.

Ces liens, dans leur ensemble, sont susceptibles toutefois d'être renforcés de trois façons : leur formalisation, leur établissement là où ils sont inexistants, leur approfondissement là où des difficultés doivent être surmontées.

L'approfondissement de la relation avec les PSA, principalement celle de Bastille, pourvoyeuses de nombre de candidatures vers les résidences, semble souhaitable en vue d'une amélioration des dossiers des candidats à l'admission. Cette coopération est au demeurant interne au CASVP.

Les partenariats pourraient être renforcés dans plusieurs directions, notamment sur la base des expériences les plus probantes des résidences. Ce pourrait être par exemple le cas avec les services de police, une résidence comme celle d'Omer Talon ayant été amenée à participer à la mission prévention du commissariat de son quartier. Ce pourrait être encore le cas avec les associations caritatives, notamment celle des Petits frères des pauvres ou d'autres associations susceptibles, par exemple, d'offrir vêtements ou meubles, possibilités qui ne sont pas également identifiées par toutes les équipes.

2.2.5. Le suivi social et les impayés

On observe une tendance à l'augmentation des impayés, reflet sans doute de l'accentuation du profil « social » des résidents des résidences-services. Le nombre de résidents dont la dette vis-à-vis du CASVP est supérieure à 5 000 € est actuellement de l'ordre de 250.

Les Conseillères en Economie Sociale et Familiale (CESF) affectées au sein du Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) du CASVP, lequel est implanté territorialement jusqu'à présent au sein de chaque section d'arrondissement, sont en charge du suivi social des personnes hébergées dans les résidences-services.

Le suivi social des résidents est mis en place suite à un signalement adressé au travailleur social du CASVP qui réalise alors l'évaluation des besoins de l'usager, ou bien lors du *primo* entretien social de la personne âgée avec la CESF du CASVP, lors de son admission en résidence. La mission attribuée au travailleur social consiste notamment en une aide à la gestion administrative et budgétaire apportée au résident par le travailleur social, lequel participe à l'élaboration de dossiers de demande d'aides (aides facultatives, parfois aides à l'aménagement du logement), voire d'ouverture de droits pour les usagers en situation de rupture sociale au moment de leur admission en résidence. Ce suivi social se traduit le plus souvent par une prise en charge globale du résident, en articulation avec l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir auprès de la personne âgée, et s'inscrit plus largement dans une démarche de prévention et d'accompagnement du résident.

La mission de suivi social dévolue aux travailleurs sociaux du CASVP au sein des résidences-services ne fait pas l'objet d'une reconnaissance formelle. En effet, cette mission ne figure pas au sein du protocole Service Social Départemental polyvalent (SSDP) / Allocation Personnalisée d'Autonomie / Points Paris Emeraude / Centres Locaux d'Information et de Coordination élaboré par la DASES. A l'inverse, les attributions confiées aux travailleurs sociaux du SSDP sont formalisées d'une part, au sein du protocole de la DASES qui positionne le SSDP comme référent des situations de suivi social, et d'autre part, au sein du Cahier des Charges du SSDP qui acte notamment la mission de suivi social du SSDP au sein des résidences-appartements. Une reconnaissance officielle du suivi social réalisé par les travailleurs sociaux du CASVP au sein des résidences-services serait à terme indispensable si l'on considère par ailleurs l'évolution du profil de cette population et le développement des prises en charge d'aide à domicile assurées auprès des résidents par le SAAD du CASVP.

Les CESF du CASVP sont par ailleurs chargées de l'encadrement technique des aides à domicile (antérieurement appelées « aides ménagères ») et plus de la moitié des résidents font appel à ces dernières pour des prestations comme le ménage, la lessive, les courses ou l'accompagnement physique dans telle ou telle démarche extérieure. Il s'agit là d'une « bonne pratique », jusqu'ici non formalisée, qui rend le plus souvent sans objet le recours au service social de l'arrondissement.

Dans le cas d'impayé, un signalement est effectué par les services centraux du CASVP, relayés par le service « gestion » de la section d'arrondissement dont relève la résidence concernée. Si la situation n'est pas réglée à l'issue d'un délai de trois mois, le service social de l'arrondissement, qu'il relève de la section d'arrondissement du CASVP ou du Département de Paris (DASES), est saisi pour intervention. Si les impayés persistent, une commission d'exclusion, composée d'un médecin, d'un travailleur social et d'un directeur de section d'arrondissement, est réunie et rend un avis sur les suites à donner, la décision incombant à la directrice générale du CASVP. A titre indicatif, en 2010, seulement deux expulsions pour impayés ont été prononcées.

Il importe de noter à ce sujet que, même si le contrat signé entre le résident et le CASVP n'est pas un bail d'habitation, mais un simple contrat de séjour complété du règlement intérieur des résidences-services et des résidences appartements¹⁶, seul le juge peut requérir le concours de la force publique pour expulser *manu militari* un résident récalcitrant.

2.3. La gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines affectées dans les résidences-services et au sein du SSIAD peut être analysée à travers les effectifs, les mobilités, la formation et les recrutements.

2.3.1. Les effectifs

Le nombre des agents affectés au sein des résidences-services est de 352, à rapporter aux 1 611 places, soit **4,6 places pour un agent**. Les effectifs se décomposent en deux grandes

¹⁶ Le contrat de séjour a été mis en place il y a seulement deux ans.

catégories : 195 agents sociaux affectés dans les résidences et 156 personnels soignants affectés au sein du SSIAD, sauf exceptions¹⁷.

Tableau 18 : Effectif des personnels travaillant dans les résidences-services

AGENT SOCIAL DE 1ER CL	72	195	94
AGENT SOCIAL DE 2EM CL	123		
AIDE-SOIGNANT DE CL EX	38		
AIDE-SOIGNANT DE CL NORMALE	31		
AIDE-SOIGNANT DE CL SUP	25		
CADRE DE SANTE	13	15	63
CADRE SUPERIEUR DE SANTE	2		
INFIRMIER CLASSE NORMALE	19	48	
INFIRMIER CLASSE SUPERIEURE	29		
Total	352		

Source : SRH du CASVP – données décembre 2010

L'âge moyen est proche de 47 ans. L'ancienneté au CASVP est de près de 18 ans. Les écarts à ces moyennes des personnels des résidences de banlieue sont peu significatifs. L'ensemble des cadres de santé et cadres supérieurs de santé approche les 55 ans. Cela signifie en pratique que, **même si les personnels des résidences et du SSIAD ne sont pas particulièrement mobiles, il existe dans les années à venir des possibilités d'évolution au fur et à mesure des remplacements à la suite de départs en retraite.** Les personnels nouvellement affectés pourront l'être sur des définitions de fonctions renouvelées pour tenir compte des besoins d'adaptation.

D'après les éléments de comparaison avec les moyennes nationales de 13,7 agents pour gérer 100 logements, on peut considérer le taux du CASVP comme comparable si l'on s'en tient aux seuls agents sociaux. Néanmoins il faut garder à l'esprit que **la présence des personnels du SSIAD dans l'établissement augmente sensiblement cette présence de professionnels auprès des résidents**, en tenant compte du fait que les responsables des antennes SSIAD et leurs adjoints contribuent fortement aux fonctions de direction des résidences.

2.3.2. L'absentéisme

Les absences sont souvent un symptôme des difficultés que connaît une structure. S'agissant d'un effectif au sein duquel les personnels de catégorie C sont largement majoritaires, **le taux moyen d'un peu plus de 7% ne dénote pas un malaise généralisé** parmi les agents travaillant dans les résidences-services.

¹⁷ A la création du SSIAD et de son budget annexe, son dimensionnement a conduit à laisser à la charge du budget général des aides soignants, actuellement au nombre de 14.

Tableau 19 : Absentéisme en 2010 des personnels travaillant dans les résidences-services

	Taux d'Absentéisme
AQUEDUC	1,85%
AULNAY-SOUS-BOIS	12,33%
AVE MARIA	4,68%
BEAUNIER	5,29%
CAULAINCOURT	7,53%
ARBUSTES	4,37%
BAUDEMONS	1,85%
EPINETTES	5,16%
TERNES	2,68%
TOURELLES	7,24%
BON ACCUEIL	13,03%
MAINE	6,90%
PETIT REMOULEUR	2,44%
LA BOISSIERE	3,36%
LA PERLE	7,69%
LA QUINTINE	17,76%
LEPRINCE	5,48%
MOUFFETARD	14,65%
OMER TALON	8,82%
OSCAR ROTY	3,33%
SAINT-ELOI	7,13%
SAINT-SAUVEUR	14,94%
VAUGELAS	5,34%
Taux Global	7,09%

Taux d'absentéisme = nb de jours d'absences/(nb de jours ouvrés x ETP) :

Toute filière confondue (administrative, sociale, hospitalière, technique)

Natures d'absence : enfant malade, maladie ordinaire, AT, grève, absence injustifiée

Taux global = total du nb de jours d'absences 4852/nb de jours ouvrés 252 X ETP 284

Ce n'est donc ni l'addition, ni la moyenne des pourcentages

Source : SRH du CASVP, extraction de l'application RH 21

Le classement des résidences selon ce critère montre des écarts marqués. Il conviendrait au demeurant que **le CASVP s'interroge tant sur les causes des absences excessives que de celles qu'on pourrait considérer être anormalement basses** (Aqueduc et Baudemons).

Il est à souligner que les congés maternité, qui peuvent expliquer des évolutions exceptionnelles des statistiques au sein de petits effectifs et ne constituent pas des absences compressibles, n'ont pas été comptés. Les comparaisons entre résidences ont donc *a priori* une signification. Toutefois, dans la mesure où les effectifs affectés à chaque résidence sont réduits, les comparaisons doivent être maniées avec précaution.

2.3.3. La mobilité

Les parcours professionnels des personnels font penser que la résidence-services apparaît comme un aboutissement de carrière, voire une affectation dans laquelle on

retourne à la première occasion après y avoir occupé un poste à ses débuts. **L'ancienneté dans la résidence dépasse en moyenne les onze ans.**

Elle approche la décennie pour les agents sociaux. Dans certaines résidences, ceux-ci peuvent avoir une moyenne d'ancienneté beaucoup plus importante : 15 ans à Oscar Roty et même 19 ans aux Tourelles.

Le phénomène est encore plus remarquable pour les personnels hospitaliers du SSIAD dont l'ancienneté dans leur résidence d'affectation actuelle dépasse les 12 ans et demi. Au sein de la résidence Beaunier, dont on aurait pu penser que ses difficultés particulières provoquent une rotation des personnels, leur moyenne d'ancienneté dans l'établissement approche les 15 ans. La résidence Aqueduc atteint les 15 ans et demi et Préfet Chaleil, 16 ans et demi. Quant aux Ternes, la durée d'affectation des personnels soignants y est de plus de 23 ans.

Cette ancienneté dans le poste est sans doute une clé d'explication des inquiétudes exprimées face au changement de la sociologie des résidents : pour la majorité d'entre eux, les personnels ont connu la situation antérieure, ont choisi leur affectation et y sont restés fidèles en fonction du public hébergé il y a dix, vingt, voire trente ans. Elle explique tout autant que les évolutions ont été supportées et acceptées par des personnels qui n'envisagent plus de mobilité avant la fin de leur carrière, sauf circonstances exceptionnelles. Cela révèle sans doute également que, **parmi les différentes affectations possibles pour ces personnels au sein du CASVP, les résidences-services, toutes choses égales par ailleurs, restent appréciées.**

Les résidents ont changé, les personnels sont restés. Toute évolution ultérieure doit en tenir compte. Ce sont des personnels anciens qui doivent vivre les évolutions récentes, jusqu'à ce qu'ils partent à la retraite. Les solutions aux problèmes décelés devront viser à préserver le caractère satisfaisant d'une telle affectation et faire en sorte que les incidents dont sont victimes les personnels soient moins graves et moins fréquents.

2.3.4. Le recrutement

Les personnels soignants rencontrés présentent leur choix de travailler dans le domaine de la gériatrie comme délibéré.

Le recrutement implique les différentes parties prenantes. Ainsi, le recrutement des responsables des SSIAD est opéré à la fois par le service du personnel et la coordinatrice du SSIAD. De même, les recrutements des personnels soignants sont effectués par un binôme associant la coordinatrice du SSIAD et la directrice de chaque résidence. Les personnels sociaux sont, eux, recrutés au niveau local en associant la section compétente et la directrice de la résidence.

Le recrutement s'appuie sur des fiches de poste dont le contenu pourrait être amélioré, en indiquant l'importance de la proportion des personnes âgées précaires dans certaines résidences.

Plus délicate est la question du **profil à donner à certains responsables futurs de résidence-services : est-il nécessaire que cette responsabilité soit systématiquement attribuée à un cadre de santé ou un infirmier ?** Ainsi, la pratique actuelle empêche par exemple que la direction d'un établissement en difficulté comme la résidence Boissière,

soit confiée à un agent relevant de la filière administrative, sauf à titre intérimaire. De même, dans certains cas, un cadre de la filière sociale pourrait paraître adapté à la direction de résidences où les problèmes sociaux subsument les questions de santé. Le CASVP se trouve toutefois dans les faits tenu par les règles de financement du SSIAD qui l'obligent à privilégier des recrutements de cadres soignants.

2.3.5. La formation

Les procédures du CASVP pour bâtir ses plans de formation se fondent sur un recueil des besoins rigoureux. Les moyens financiers qui y sont consacrés permettent la participation de chaque agent à plusieurs sessions chaque année. Des initiatives pourraient être toutefois prises dans trois domaines pour s'assurer que ces formations atteignent pleinement leurs objectifs pratiques et soient réinvesties de manière aussi harmonieuse et simultanée que possible par l'ensemble des personnels se côtoyant au quotidien.

Il est suggéré que soit **capitalisée, sous forme de contenu pédagogique d'action de formation, la richesse des expériences des uns et des autres dans la maîtrise des relations avec les résidents malcommodes**. De même, les initiatives de formation sur place par et pour les personnels soignants, et même au-delà pour l'ensemble du personnel d'une résidence, supposent que leurs auteurs reçoivent un bagage pédagogique minimal dans le cadre de **formations de formateurs**.

Plusieurs des responsables d'établissement rencontrés, EHPAD ou résidences, ont insisté pour que les **actions de formation puissent être proposées à l'ensemble des personnels quel que soit leur corps d'appartenance**. Le financement du plan de formation du SSIAD dans le cadre d'un budget annexe n'invite pas à agir de la sorte spontanément. Le budget annexe du SSIAD n'est toutefois pas un obstacle au fait de faire une même formation pour tous les agents. Les cadres sont au demeurant encouragés à le faire. Il **importe que la communauté des personnels d'une résidence partage une même manière d'aborder les situations et de désamorcer les problèmes** pour faire baisser la fréquence et l'impact des incidents qui troublent la vie collective au sein de certaines résidences.

Les responsables des résidences éloignées de Paris ont fait état des difficultés à faire adhérer leur personnel, tous métiers confondus, à des projets de formation le plus souvent réalisés à Paris.

2.4. Le SSIAD

2.4.1. *La création du SSIAD, une conséquence de la réforme tarifaire des établissements d'hébergement de personnes âgées*

Jusqu'à la fin de 2007, les 23 résidences-services disposaient d'une « section de cure médicale ». Celle-ci leur permettait d'assurer à ceux des résidents qui avaient perdu la capacité d'effectuer seuls certains actes ordinaires de la vie courante une surveillance médicale adaptée à leur état. Dans le cadre de la convention conclue à ce titre entre l'établissement et l'assurance-maladie, cette dernière prenait en charge de manière forfaitaire les dépenses de soins, constituées essentiellement par les frais de personnel paramédical (infirmières, aides-soignantes) et de produits pharmaceutiques. Les personnes âgées ainsi prises en charge gardaient le libre choix de leur médecin traitant. Fixée par le Préfet, la capacité de la section de cure ne pouvait excéder le quart de la capacité totale

d'hébergement de l'établissement, sans correspondre pour autant à une zone physiquement délimitée au sein de celui-ci.

Ce mode de prise en charge a été mis en cause par la nouvelle tarification des établissements d'hébergement de personnes âgées définie par loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹⁸, cette réforme reposant sur la création de trois sections budgétaires distinctes (hébergement, dépendance et soins¹⁹) avec pour objectif la transparence des coûts et des prises en charge et pour instrument une convention tripartite liant le gestionnaire, le Préfet et le Président du Conseil général.

La mise en place de ce nouveau dispositif de médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées, dit des EHPAD²⁰, posait la question du devenir des résidences-services du CASVP. En effet, l'entrée de cette catégorie de résidences dans le régime des EHPAD impliquait leur mise en conformité sur les plans architectural et de la sécurité incendie avec les normes relatives aux ERP de type J. Or, les audits techniques commandés par le CASVP pour évaluer la faisabilité de cette mise en conformité se sont tous révélés négatifs, sauf à engager des travaux de restructuration d'un coût exorbitant.

Partant de ce diagnostic technique, le CASVP était conduit à user de la faculté, ouverte par la nouvelle réglementation, de **conserver à ses résidences-services leur classement en immeuble d'habitation moyennant le respect de la double condition de ne pas dépasser un GMP de 300 et de ne pas accueillir plus de 10 % de résidents relevant du GIR 1 ou 2**²¹. C'est dans ce cadre qu'est intervenue **à compter du 1^{er} janvier 2008 la création du SSIAD du CASVP**, celle-ci permettant de maintenir au sein des résidences-services une offre de soins jusque-là assurée sous la forme de sections de cure médicale.

2.4.2. Des bénéficiaires au profil atypique

Suivant les termes du règlement de fonctionnement du SSIAD, l'admission en SSIAD est subordonnée à une prescription médicale établie pour une durée de 30 jours renouvelable et à une évaluation médico-psycho-sociale. Réalisée sous le contrôle de l'infirmière responsable d'antenne, cette évaluation permet de déterminer la nature des besoins de l'usager et d'établir un projet de soin individualisé. La prise en charge individualisée fait l'objet d'une coordination avec l'ensemble des acteurs intervenant au profit du bénéficiaire. **En 2009, le SSIAD a pris en charge au total 839 personnes âgées**, résidant dans leur très grande majorité (87%) en résidences-services²².

Calculée sur les « séjours » effectués en SSIAD, c'est-à-dire compte non tenu des sorties de résidence pour motif de vacances ou d'hospitalisation, **la durée moyenne de prise en charge s'élève à 148 jours**.

Les 839 patients se répartissaient en 40% d'hommes et 60% de femmes. **Cette répartition montre que les hommes sont proportionnellement un peu moins nombreux que les femmes à bénéficier des interventions du SSIAD** puisqu'ils représentent la moitié de l'effectif des résidents des résidences-services.

¹⁸ La date butoir pour sa mise en application était fixée au 31/12/2007.

¹⁹ Les trois tarifs correspondants peuvent être solvabilisés en tout ou partie, respectivement par l'aide sociale légale, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'assurance maladie.

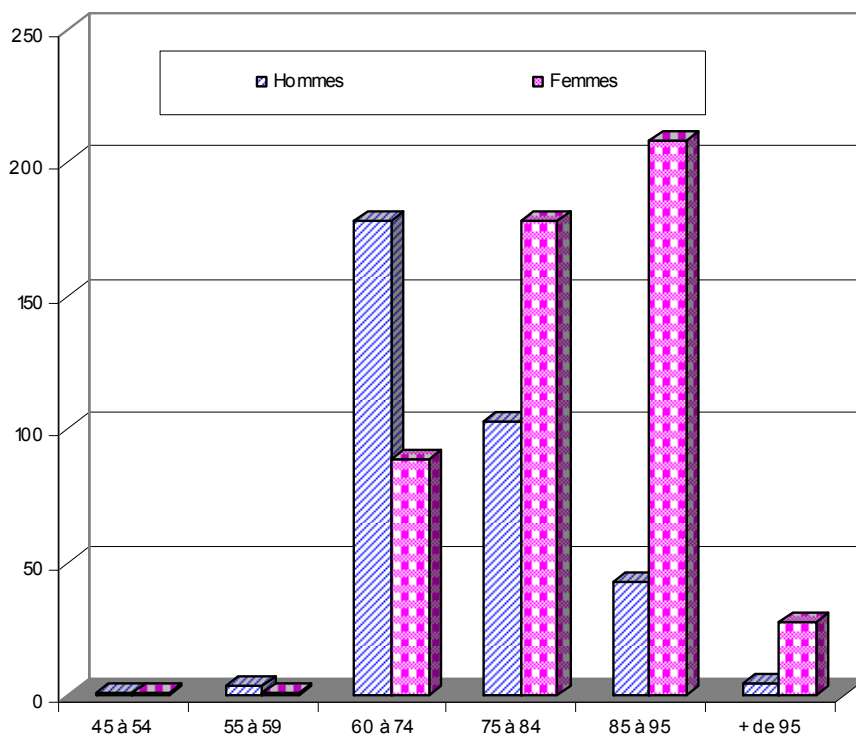
²⁰ Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes

²¹ Cf. supra le 1.2.2.

²² Cf. supra le 1.2.1.

L'âge moyen des hommes pris en charge est de 74 ans, celui des femmes de 83 ans, soit dans les deux cas un peu plus que la moyenne constatée pour l'ensemble des résidents accueillis dans les résidences-services. Cependant, on observe une disparité d'âge importante entre les hommes et les femmes, visible sur l'histogramme ci-après.

Graphique 8 : Répartition selon les âges et les sexes des patients du SSIAD



Source : Enquête de septembre 2010 relative aux bénéficiaires du SSIAD

Ce sont seulement 18% des femmes qui sont âgées de 60 à 74 ans et 41% de plus de 85 ans, tandis que 53% des hommes relèvent de la première tranche d'âge et 13% de la seconde. Coexistent ainsi des groupes de population très hétérogènes : d'une part, des hommes en majorité relativement jeunes, d'autre part des femmes très majoritairement âgées ou très âgées.

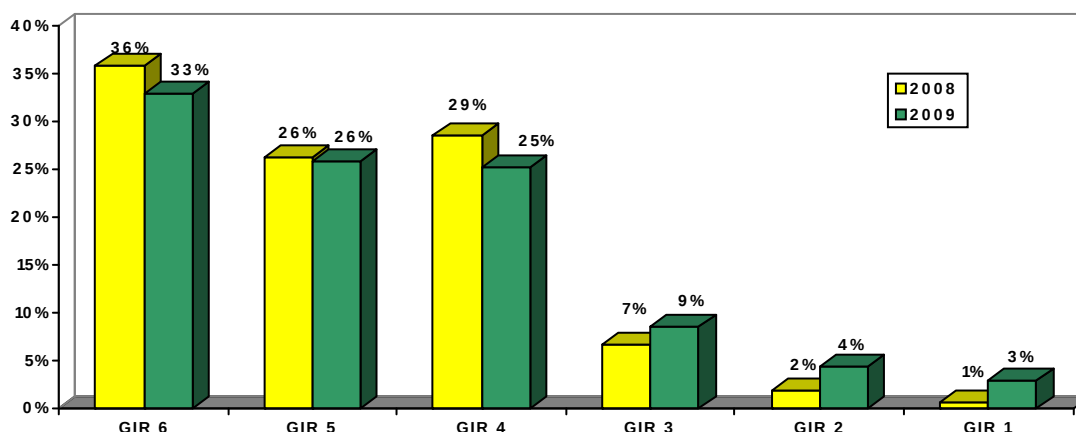
Cette situation marque une différence nette avec celle que connaissent les SSIAD en général, la population masculine prise en charge par le SSIAD du CASVP étant atypique par l'âge comme par son importance relative dans l'effectif total.

Si en 2009 le GMP des résidences-services s'élevait à 163, celui des antennes du SSIAD réparties entre ces 23 établissements atteignait 214, ce score supérieur étant cohérent avec la dépendance plus marquée des bénéficiaires de ce service de soins infirmiers par rapport à celle de l'ensemble des résidents.

Toutefois, **ce niveau de dépendance global est très inférieur à celui généralement observé dans les SSIAD.** Une étude nationale conduite en 2007-2008 par la direction générale de l'action sociale et la Caisse nationale d'assurance maladie et portant sur un

échantillon de 36 SSIAD avec plus de 2 000 patients pris en charge²³ a fait ressortir pour le GMP une moyenne de 719, variant de 564 à 828. Ce score est supérieur à celui obtenu dans le secteur des EHPAD, qui est de 661, la population prise en charge en SSIAD étant donc en moyenne légèrement plus dépendante que celle accueillie en EHPAD.

Graphique 9 : Evolution de la répartition des GIR des patients du SSIAD



Source : Enquête de septembre 2010 relative aux bénéficiaires du SSIAD

L'analyse de la répartition des patients du SSIAD du CASVP entre les différents niveaux de dépendance montre une forte prédominance des moins dépendants, les GIR 5 et 6 représentant 59 % de l'effectif total en 2009, en légère baisse toutefois par rapport aux 62% de 2008. En outre, parmi les patients relevant des GIR 1, 2, 3 et 4, ceux qui sont classés en GIR 1 ou 2, c'est-à-dire les plus dépendants, comptent pour des pourcentages très faibles.

Ces données sont cohérentes avec les règles qui s'imposent aux résidences-services concernant le niveau de dépendance des personnes hébergées, à savoir un GMP inférieur à 300 et une proportion de résidents classés en GIR 1 ou 2 n'excédant pas 10%.

Les caractéristiques essentielles de la population prise en charge se sont trouvées confirmées par les résultats d'une enquête réalisée en septembre 2010 par les 23 responsables d'antenne du SSIAD²⁴. Il ressort aussi de cette enquête d'autres éléments qui méritent d'être signalés : si 54% des femmes ont des revenus inférieurs ou égaux à 1000 €, 71 % des hommes se trouvent dans cette situation ; par ailleurs, si 3% seulement des femmes proviennent d'une permanence sociale d'accueil (PSA) de personnes sans domicile fixe, il en va ainsi de 30 % des hommes.

L'enquête fait donc ressortir deux profils dominants parmi les patients du SSIAD : des femmes âgées ou très âgées, installées précédemment à leur domicile et dont près de la moitié ont des revenus supérieurs à 1000 € mensuels ; des hommes relativement jeunes, dont quasiment un sur trois provient d'une PSA et disposant de ressources plus faibles en moyenne que les femmes (900 € contre 1 142 €).

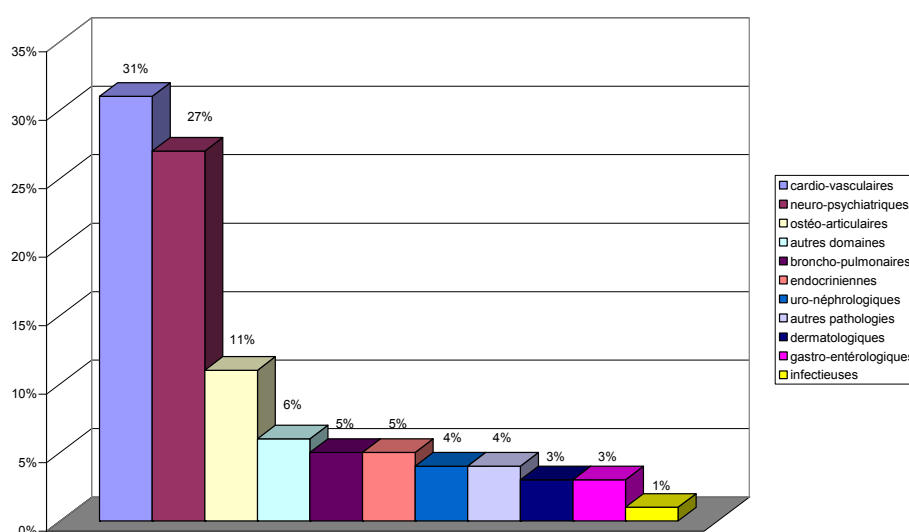
²³ « Les patients en service de soins infirmiers à domicile – Le coût de leur prise en charge et ses déterminants » (2009)

²⁴ Le recueil des informations a concerné tous les bénéficiaires du SSIAD présents au moins un jour au mois de septembre 2010, soit 601 patients.

2.4.3. Les pathologies prises en charge

Suivant la réglementation, les SSIAD « assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques et / ou de soins de base et relationnels. Les premiers, dispensés par des infirmiers, participent au traitement et à la surveillance des pathologies présentées par les patients. Les seconds participent à l'entretien et à la qualité de vie des patients, en concourant entre autres à l'hygiène, la mobilisation, la locomotion et le confort des bénéficiaires. Ils sont [...] préférentiellement dispensés par des aides-soignants »²⁵.

Graphique 10 : Pathologies prises en charge dans le cadre du SSIAD

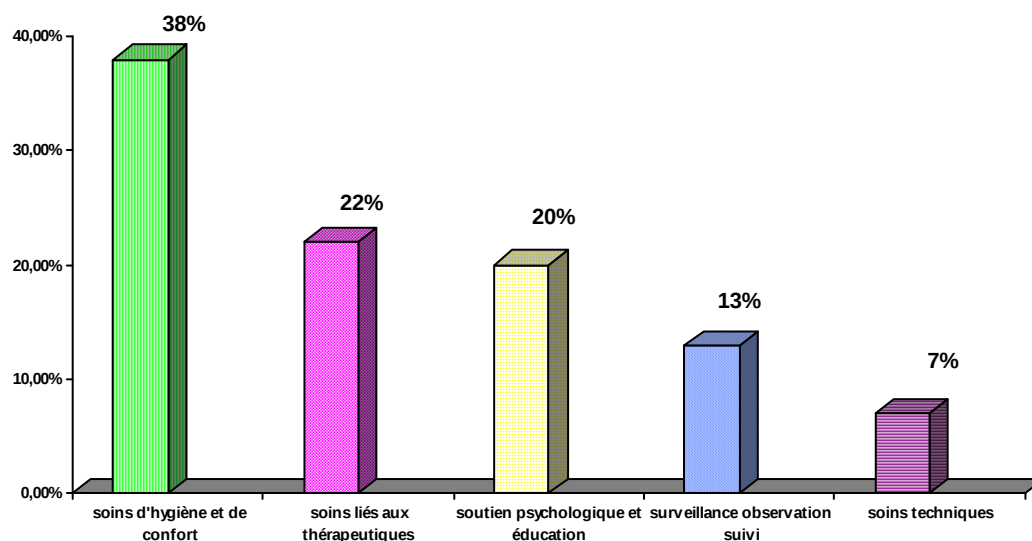


Source : Enquête de septembre 2010 relative aux bénéficiaires du SSIAD

72% des patients pris en charge par le SSIAD sont porteurs de trois à six pathologies identifiées par le médecin traitant ou par le médecin employé par le CASVP. Les pathologies, regroupées par type, se répartissent comme représenté graphiquement ci-dessus. Deux types d'affection apparaissent dominants, avec pour chacun une égale répartition entre hommes et femmes : les affections cardio-vasculaires et les affections neuropsychiatriques. S'agissant de ces dernières, on observe que 71 % sont des pathologies psychiatriques, 15 % sont des démences de type Alzheimer ou des troubles apparentés et 14 % sont des pathologies neurologiques.

En partant des catégories de soins utilisées dans l'étude nationale précitée, les activités du SSIAD se répartissent entre ces catégories suivant les proportions figurées dans le graphique ci-après.

²⁵ Définition figurant dans l'étude précitée « Les patients en service de soins infirmiers à domicile – Le coût de leur prise en charge et ses déterminants » (2009)

Graphique 11 : Répartition des soins prodigués par le SSIAD

Source : Enquête de septembre 2010 relative aux bénéficiaires du SSIAD

Les soins techniques représentent une part minime de l'activité du SSIAD, **près de 40 % de ses interventions consistant en des soins d'hygiène et de confort**. Les autres interventions correspondent à des soins liés aux thérapeutiques, du soutien psychologique et de la surveillance ou du suivi, liés notamment au traitement de pathologies psychiatriques.

Si les soins d'hygiène sont généralement longs, les soins liés aux thérapeutiques sont des soins courts, ce qui peut expliquer que le temps moyen d'une visite ait été limité à 13 minutes en 2009 et que le nombre hebdomadaire de visites ait atteint en moyenne 8 visites par résident.

La grande majorité des activités du SSIAD peuvent être effectuées par des aides-soignants. De fait, 77 % des temps de visite sont assurés par des aides-soignants, et ce alors que ceux-ci ne représentent que 60 % des effectifs du SSIAD. Ce décalage provient du fait que les responsables de résidence-services et leurs adjoints sont presque tous issus des corps de cadre de santé ou d'infirmière.

2.4.4. Un risque de diminution des moyens alloués au SSIAD dans le cadre de la réforme nationale en préparation

Actuellement, la prise en charge par l'assurance-maladie des dépenses d'un SSIAD tient compte des charges relatives à la rémunération de ses salariés, de leurs frais de déplacement, des dépenses de fournitures et de petit matériel médical, des autres frais généraux du service, et le cas échéant de la rémunération des infirmiers libéraux auxquels il fait appel.

La tarification prend la forme d'une dotation forfaitaire par place : en 2009, les dépenses de fonctionnement du SSIAD du CASVP se sont élevées à 6,7 M€ pour 213 282 journées réalisées, soit une dépense unitaire par jour et par place de 31,35 €.

Le montant de la dotation forfaitaire est indépendant de l'âge du patient, de son niveau de dépendance ou de son besoin en soins, ce qui soulève des difficultés lorsqu'un service de soins infirmiers est amené à prendre en charge des patients plus « lourds » qu'il ne le faisait lors de sa création. Dans ce cas, les soins impliquent un temps de présence ou une fréquence de passage incompatible avec les ressources allouées, d'où une dégradation du fonctionnement du SSIAD.

Aussi, pour remédier à ces inconvénients, **les services de l'Etat prévoient-ils de modifier le régime de financement des SSIAD.**

Sans entrer ici dans le détail de la réforme envisagée, celle-ci paraît devoir répondre aux orientations suivantes : meilleure prise en compte de la nature des interventions et du nombre de passages des intervenants du service, allocation plus équitable des ressources financières entre services de soins infirmiers en fonction des besoins en soins et des coûts de structure, convergence tarifaire permettant d'allouer des ressources comparables à des services supportant des charges équivalentes.

Dans cette perspective, le nouveau régime de tarification des SSIAD devrait comporter, à côté d'un financement forfaitaire des frais de structure²⁶, un financement variable par patient tenant compte de ses besoins.

Conformément à l'objectif d'une adaptation des ressources financières à l'importance des soins à dispenser aux patients, les critères proposés pour évaluer leurs besoins reflètent principalement leur niveau de dépendance ou de « maladie »²⁷.

Or, comme il a été indiqué, **les patients du SSIAD du CASVP présentent un profil atypique** par rapport à celui des bénéficiaires de ce type de service tel qu'il peut être apprécié en moyenne nationale, se démarquant en particulier par un GIR généralement faible et des besoins en soins orientés surtout vers l'hygiène, le confort, le suivi de thérapeutiques et le soutien psychologique.

Afin d'apprécier de la manière la plus juste les incidences de ce projet de réforme sur les ressources financières des SSIAD, une enquête nationale exhaustive a été réalisée à la demande des services de l'Etat auprès de l'ensemble de ces services dans les dernières semaines de l'an dernier, l'objectif visé étant la mise en œuvre du nouveau régime de financement à compter de l'exercice 2012.

A ce jour, les résultats de cette enquête concernant le CASVP ne sont pas connus, mais il est très **vraisemblable que dans sa version actuelle la réforme projetée entraîne une diminution des moyens alloués au SSIAD** par l'assurance-maladie.

²⁶ Modulé cependant en fonction de la taille du service.

²⁷ Il s'agit notamment du GIR, de la présence de certaines déficiences (incontinence, mobilité réduite des membres supérieurs), du recours à diverses aides techniques (fauteuil roulant, lit médicalisé...).

3. L'EVOLUTION SOUHAITABLE : UN RENFORCEMENT DE LA PRESTATION SOCIALE ET MEDICALE A LA PERSONNE DANS UN ENSEMBLE MIEUX PILOTE

La lettre de mission pose la question de la spécialisation de certains établissements et suggère la définition d'une structure innovante. Ces orientations nécessitent une analyse fondée sur les principaux constats établis dans les deux premières parties du rapport dont découlent les recommandations qui seront ici effectuées.

Si la spécialisation ne semble pas pouvoir répondre au défi posé par l'évolution sociologique des résidents, plus qu'un établissement innovant, c'est une **rénovation volontariste des pratiques qui apportera une amélioration de la situation**. Il est sans doute possible de développer une maîtrise accrue et plus systématique des problèmes rencontrés. Une première série de mesures relève de l'individualisation de la prise en charge des résidents. Une autre passe par un pilotage plus fort de la gestion des résidences-services. Dans ce cadre, les évolutions propres au SSIAD seront un facteur clé du succès.

3.1. Spécialiser certaines résidences dans l'accueil des publics difficiles : une solution inadaptée à la réalité démographique

La spécialisation supposerait une orientation systématique de candidats précaires vers telle ou telle résidence. Cette option a en quelque sorte été tacitement retenue dans les faits : **nombre de résidences, celles de banlieue et plusieurs parisiennes, sont d'ores et déjà des résidences spécialisées** dans l'accueil majoritaire d'hommes plutôt jeunes et en situation de précarité²⁸. Au demeurant, les normes de confort de la plupart des résidences ont en quelque sorte décidé de cette spécialisation.

La question serait alors à reformuler en des termes différents : **quel est le niveau de mixité sociale souhaitable au sein de chaque résidence, au moyen de quelle organisation pourrait-elle être assumée et maîtrisée**²⁹ ? Cette recherche d'équilibre doit être conçue dans le cadre d'un **projet stratégique** dont la traduction en actes relève en pratique de la commission d'admission. La commission devrait en conséquence disposer d'une information objective et actualisée pour chaque résidence, lorsqu'elle a à orienter un candidat, sur :

- la sociologie des résidents : âge, sexe, données sur la précarité financière ou sociale ;
- les incidents recensés au cours de l'année écoulée dus aux comportements des résidents.

La commission d'admission ne peut toutefois que partiellement influencer sur la mixité sociale des résidences. Les résidents potentiels ont en effet la possibilité de refuser le logement

²⁸ Cf. la typologie présentée en fin de première partie.

²⁹ Par exemple, la direction de la résidence Boissière cherche à accueillir des couples et plus de femmes dans la résidence dans la mesure où elle dispose de nombreux studios inoccupés.

qui leur est proposé et, de fait, on constate que certaines résidences sont systématiquement refusées par des personnes plus aisées.

L'ouverture d'une résidence spécialisée suggérée par la lettre de mission, si elle semble correspondre *a priori* à un besoin, se heurte à une triple objection :

- la mobilisation incertaine du secteur psychiatrique dans les mêmes conditions que ce qui a pu être fait à la résidence Beaunier, qui bénéficie de sa proximité géographique avec l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, au sein duquel certains praticiens se montrent particulièrement intéressés par les dispositifs de suivi de leurs patients stabilisés en milieu ouvert ;
- surtout, la concentration en un lieu des résidents sources de problèmes récurrents, au-delà du seuil de tolérance pour les personnels d'accueil et de soin (pour mémoire, la résidence Beaunier recherche un équilibre dans la population de ses résidents dont un quart ne nécessite pas un suivi psychiatrique) ;
- en pratique, une seule résidence spécialisée serait en outre insuffisante pour réunir l'ensemble actuel des auteurs de troubles, évalué, sans doute de manière large, à 400 personnes. De plus, il serait difficilement envisageable d'organiser des « mutations d'office » entre résidences. Dans ces conditions, il ne pourrait s'agir que d'un nouvel établissement pour de nouveaux résidents.

Au demeurant, **les personnels assument actuellement les difficultés engendrées par l'évolution de la sociologie des résidents.** Les entretiens et le recensement des incidents ont montré une modération certaine dans la description des difficultés vécues. **L'inquiétude exprimée porte plutôt sur les risques qu'engendrerait une concentration excessive de résidents incivils.**

De fait, **la seule spécialisation possible consisterait sans doute dans une préservation en leur état actuel des établissements à forte majorité féminine et à chambres confortables.** Il s'agirait alors d'un choix à effectuer dans le cadre du projet stratégique des résidences. Cette orientation ne ferait que conforter leur situation actuelle. Si tel était le cas, elle impliquerait toutefois d'augmenter mécaniquement dans les résidences qui ont été qualifiées de mixtes la proportion des résidents masculins difficiles, compte tenu des critères d'admission retenus. Certaines d'entre elles rejoindraient alors la catégorie des résidences à forte concentration masculine de résidents issus de la précarité.

Pour assurer l'accueil de personnes redoutant la cohabitation dans les résidences-services avec des personnes aux comportements inadaptés à la vie collective, il pourrait en outre exister dans certains cas une approche différente. Il faudrait inverser le point de vue en considérant que **la résidence appartements, dès lors qu'elle bénéficie de services associés - SSIAD, Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), port des repas, coiffure et pédicurie à domicile, accès aux restaurants et aux clubs les plus proches - peut satisfaire aussi bien que la résidence service à certaines des attentes exprimées.** Cette formule aurait pour elle au moins deux avantages : le niveau de confort plus élevé des appartements et l'offre plus large, compte tenu d'une capacité d'accueil triple de celle des résidences-services.

Recommandation n°1 : Préférer une mixité sociale maîtrisée à une spécialisation plus poussée des résidences. Quelle que soit l'orientation retenue, la faire figurer dans un projet stratégique.

3.2. Reconnaître la vocation actuelle des résidences à accueillir toujours davantage un public spécifique

L'orientation de la collectivité parisienne, ouvrant ses résidences-services en priorité à des personnes issues de la précarité et affectées par des problèmes de santé d'une nature particulière, exige une prise en compte volontariste de ce nouveau public. Dans la mesure où cette orientation produit non seulement des effets durables, mais va s'accroissant, du fait de la jurisprudence de la commission d'entrée en résidence, il convient de s'ajuster désormais sans tarder à un contexte non susceptible de devenir spontanément plus facile dans un avenir prévisible. **L'objectif général est de parvenir à ce que la fréquence et la gravité des incidents provoqués les résidents difficiles aillent réduisant et que les victimes de ces agissements résiduels, en particulier les personnels qui y sont le plus fréquemment confrontés, acquièrent une meilleure capacité à les réguler.** Il s'agit, dans une problématique classique de gestion des risques, de **ramener à un niveau acceptable ce qui pourrait finir par devenir intolérable.**

Il convient d'abord d'assurer une bonne compréhension de la situation médico-psychique de ces résidents afin de réduire leur propension à provoquer des incidents. En second lieu, l'adaptation à la vie en collectivité pour des personnes qui en ont perdu l'habitude demande un accompagnement social adapté, capable d'appréhender les difficultés des résidents issus de la précarité dans la durée.

3.2.1. Prendre en compte les problèmes psychiatriques ou psychiques et d'addiction

La meilleure manière de maîtriser une situation est de l'avoir évaluée d'emblée et de prendre sans tarder des mesures adaptées.

3.2.1.1. Poser un diagnostic approfondi des pathologies et addictions dès l'admission, voire avant l'orientation définitive

A partir du moment où l'on sait qu'une part non négligeable des nouveaux admis en résidences-services est susceptible de manifester **des troubles psychiques ou psychiatriques et de souffrir d'addictions nuisibles à la vie collective des résidences** – particulièrement alcoolique et tabagique –, le mieux est de **l'établir clairement dès avant l'entrée dans le dispositif.** Les informations ainsi recueillies doivent permettre par exemple une installation dans la partie la mieux adaptée de la résidence pour limiter les nuisances subies par des hôtes soucieux de tranquillité.

Elle doit surtout conduire à **passer d'emblée une sorte de contrat entre la personne accueillie et l'institution tenant compte de son état de santé particulier et de son potentiel de nuisances comportementales.**

Elle implique vraisemblablement **une modification de la procédure et de la nature de la visite médicale d'accueil en résidence**, historiquement conçue comme un « Girage » et permettant dans certains cas de traduire en pratique une politique implicite d'admission de la part de certaines responsables de résidence. **La visite médicale doit être désormais envisagée comme le moment où le cadre de l'admission est fixé.** Elle peut être accompagnée d'examens complémentaires préalables à la définition d'un protocole de suivi particulier. De ce point de vue, la seule visite du médecin généraliste vacataire de la résidence, dont on a vu qu'elle était peu formalisée en règle générale, paraît insuffisante pour les cas problématiques.

Pour des admis n'ayant jamais fait l'objet d'un parcours de soins psychiques ou psychiatriques, il paraît indispensable de **profiter de ce moment clé pour poser clairement les règles avant que des situations bancales ne s'établissent.**

Comme on le verra un peu plus loin, cette appréciation initiale doit être également portée pour définir le besoin d'un accompagnement social des résidents dès leur admission.

3.2.1.2. *Etablir un projet de soin individuel et procéder à une surveillance médico-psychique renforcée de certains résidents*

Sur la base du diagnostic initial, **un projet de soin individuel doit être défini et mis en œuvre dans le but de limiter la gravité et la fréquence des incidents dont de tels résidents difficiles peuvent être les auteurs. De même, le principe d'un suivi médico-psychique doit être posé.**

Un des objectifs à poursuivre doit être d'amener aux soins des personnes qui n'ont pas eu à s'y astreindre ou sont parvenues jusqu'alors à les éviter. Le fait qu'elles intègrent une structure avec des règles de vie en collectivité à respecter crée en effet pour certaines d'entre elles une circonstance nouvelle.

Une telle approche initiale permettra aussi aux personnels du SSIAD d'enrichir le projet de soin d'ores et déjà défini au moment de la prise en charge des patients.

Pour mesurer les comportements au bout de six mois de présence, puis de manière périodique pour mesurer d'éventuelles améliorations ou dégradations, il pourrait être utile que chaque responsable de résidence **remplisse « l'Echelle de Personnes Âgées Difficiles qui épuisent » (EPAD)** présentée ci-après qu'un de ses auteurs a bien voulu nous communiquer.

Elle décompose la violence ordinaire de ces personnes en trois volets complémentaires dont la cotation peut s'effectuer sans expertise particulière : **la violence en tant que telle, les comportements d'opposition et de refus, enfin le harcèlement traduisant une demande permanente et récurrente d'attention et de soins.**

C'est à partir de telles évaluations que des stratégies peuvent ensuite être mises en place par les équipes des résidences pour composer avec les types de comportements ainsi identifiés, **s'ajuster à ces personnalités** plutôt que de se laisser aller à un affrontement tout aussi épuisant que sans fin. Il s'agit, dans la terminologie anglo-saxonne, de pratiquer le « *to adjust* » plutôt que le « *to cope with* », l'ajustement plutôt que l'affrontement.

Tableau 20 : Grille d'évaluation des personnes âgées difficiles

[.....]
Le tableau qui précède a été occulté conformément aux dispositions du code de la propriété intellectuelle.

Recommandation n°2 : Connaître dès l'admission et suivre les pathologies – en particulier les troubles psychiques et psychiatriques ainsi que les addictions - des résidents dont on peut craindre qu'ils

adoptent des comportements à l'origine d'incidents répétés dans la vie de la résidence.

3.2.1.3. Définir une politique claire de maîtrise de l'alcoolisme

L'alcoolisme, dans la mesure où il est une source majeure d'incidents, doit être mieux maîtrisé. S'il paraît illusoire d'interdire des comportements porteurs de risques en dehors de la résidence, en revanche, la vie collective doit être régulée dans son enceinte. On peut considérer que l'addiction paisible, dès lors qu'elle est garantie sans risque pour la collectivité des résidents et des personnels, relève de la seule question des soins qu'elle réclame. Mais **le fait de disposer d'un domicile et d'être libre d'aller et venir n'exonère pas d'une obligation de tranquillité et de l'interdiction de causer des troubles au voisinage**. De ce point de vue, ceux-ci ne se limitent pas à des désagréments ponctuels : ils peuvent parfois mettre en danger la vie de l'ensemble des personnes vivant et travaillant dans la résidence. **Toute concentration de personnes susceptibles de comportements irresponsables aggrave des risques majeurs tels que l'incendie.**

Il serait irréaliste de faire comme si les responsables de résidence – ou même le CASVP dans son ensemble – disposaient d'un pouvoir disciplinaire puissant et dissuasif. Néanmoins, certaines précautions doivent être prises. Le projet de service et celui de chaque résidence doivent comporter un volet spécifique sur ce sujet. **Le fait d'accueillir des résidents victimes d'addiction alcoolique en proportion significative, dont les comportements sont potentiellement dangereux pour la collectivité, justifie qu'une régulation soit mise en œuvre.**

Recommandation n°3 : Intégrer dans le projet de service un volet prévention et maîtrise du risque alcool, en particulier dans les restaurants et les parties communes.

3.2.1.4. Lutter contre les comportements incivils et délictuels

Les comportements troublant la quiétude des autres résidents et la sérénité des personnels ne sont pas nécessairement causés par des addictions. A partir du moment où de tels comportements deviennent intolérables pour les personnels et les autres résidents, les troubles causés à la tranquillité, mais aussi à la sécurité physique des personnes doivent être suivis et combattus. Ici également, **la seule logique de l'inviolabilité du domicile ne peut occulter le risque engendré par le regroupement de résidents désocialisés, n'ayant pas intégré certaines des règles indispensables à la sécurité d'une collectivité formée par les autres résidents et les personnels.**

Il convient donc de **développer avec les personnels eux-mêmes et, le cas échéant, avec des résidents, une démarche d'évaluation des risques et de les inviter à définir les mesures qui en limiteraient les impacts.**

Recommandation n°4 : Mener une démarche d'évaluation des risques au sein des résidences. Entre autres mesures visant à les limiter, dans le cadre d'un projet de service des résidences, définir des protocoles d'intervention sur les conduites à tenir en cas de dangers graves pour les autres occupants de la résidence. Identifier des cas d'exclusion avec des procédures allant à leur terme dans les situations les plus périlleuses.

Sur un point précis, le respect des obligations des résidents en matière d'assurance de responsabilité civile doit être périodiquement vérifié.

Recommandation n°5 : Vérifier systématiquement la détention par les résidents d'une assurance de responsabilité civile.

3.2.2. Prévoir dès l'admission un accompagnement social des résidents qui le nécessitent pour la durée complète de leur séjour

La situation en matière de services d'accompagnement social des résidents est contrastée. Par exemple, la résidence Beaudemons ne bénéficie d'aucun service de ce type. A l'inverse, des services sont assurés à temps plein ou quasi au sein des résidences Bon Accueil, Aqueduc et Omer Talon. Préfet Chaleil réclame en revanche l'organisation d'une permanence d'une CESF en sus du service mis à disposition par le Centre de liaison et d'information sur le maintien à domicile d'Aulnay-sous-Bois.

Dans les projets d'organisation actuels du CASVP, les six futures plates-formes du SAAD sont essentiellement conçues comme des outils de gestion des services à domicile du CASVP, permettant de les rendre plus performants, grâce en particulier à la mutualisation de moyens jusqu'ici éclatés entre les 20 sections d'arrondissement. Cela peut apparaître une ambition insuffisante face à notre problématique. Par ailleurs, le fait de bénéficier des services du SAAD n'implique pas nécessairement de bénéficier aussi d'un accompagnement social, et inversement un suivi social peut être utile à un résident qui n'a pas besoin d'une aide à domicile. **Il importe donc de ne pas lier les deux types d'intervention.**

L'idée serait **d'affecter explicitement une partie des CESF du SAAD dans sa nouvelle configuration à la mission d'accompagnement social des résidents des résidences-services**. Il y a là une base pour constituer une mission d'accompagnement social de résidents pour lesquels il est nécessaire, base à laquelle pourraient s'ajouter les psychologues intervenant actuellement dans ces établissements, financés sur le prix de journée et non sur la dotation du SSIAD. On peut donc imaginer de faire fonctionner cette mission à moyens constants.

Il conviendra de **déterminer le rattachement hiérarchique de cette mission** : sous-direction des interventions sociale ou celles des services aux personnes âgées et, dans ce dernier cas, nouveau bureau de la vie à domicile ou bureau des EHPAD et résidences. Cette perspective permettrait d'affirmer la prise en compte du caractère social des résidences-services ou, du moins, de la majorité d'entre elles.

Des conseillères en économie sociale et familiale connaissant bien les résidents puisqu'en assurant le suivi dans la durée, en mesure de repérer les meilleures pratiques d'une résidence à l'autre, concernées par les problèmes d'impayés et de conduites asociales, développant un savoir-faire face à un certain nombre de comportements, fourniraient une aide précieuse aux infirmières et cadres de santé en charge du bon fonctionnement des établissements.

Recommandation n°6 : Mettre à profit les évolutions d'organisation initiées par la création d'un bureau de la vie à domicile pour qu'un service social assure un accompagnement dès leur admission des résidents qui le nécessitent et vienne en appui des responsables des résidences-services en tant que de besoin.

3.3. Piloter les résidences-services au niveau central en encadrant et épaulant les déclinaisons locales

Les solutions aux problèmes identifiés – ou plus exactement leur maîtrise durable – passent aussi par une **évolution du fonctionnement des équipes au sein des résidences et des services qui ont vocation à leur venir en appui**. Il faut garder à l'esprit que ces équipes, souvent très stables, viennent de vivre au moins deux évolutions majeures dans la dernière décennie : la précarisation, la masculinisation et le rajeunissement rapides des résidents d'une part, la mutation forcée des sections de cure médicale en SSIAD de l'autre. Il est essentiel d'en tirer des conséquences sur le plan de la gestion des ressources humaines et de l'organisation des compétences.

3.3.1. Décliner un projet de service en projets de résidence

Il peut être débattu de l'applicabilité de la loi de 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale aux résidences-services et, plus largement, aux logements foyers. Mais même si la démarche du projet de service ne s'imposait pas légalement à l'heure actuelle, ce contexte juridique pourrait évoluer³⁰. Un cahier des charges est en cours d'élaboration par un groupe de travail associant l'Etat, Ministère du Logement et Ministère des Affaires Sociales, et la Caisse nationale d'assurance vieillesse : il devrait, sur le modèle de celui qui a été élaboré pour les EHPAD, aider à la définition de projets de vie et de projets d'établissement. Cette perspective a d'ailleurs été anticipée dans certains départements, comme en Loire-Atlantique.

Dans la capitale, nombre de résidences-services sont porteuses de projets implicites, non formalisés et, de ce fait, par trop sommaires et insuffisamment concertés. La résidence Baudemons qualifie ainsi son projet comme étant celui d'une « pension de famille » où, notamment, la polyvalence du personnel est de règle. Au sein de la résidence Beaunier, un projet de soins a été formalisé en juin 2006, pour une période de deux ans : ce terme de « projet de soins » ne rend toutefois pas compte de son contenu, lequel dépasse celui des soins *stricto sensu* ; il couvre les questions de formation du personnel au-delà du personnel soignant, propose des fiches de poste pour chacun des agents de la résidence quel que soit son métier, bâtit des protocoles pour différentes situations dépassant le seul aspect des soins - fugues ou disparitions -, et demande enfin la création d'un poste d'aide médico-psychologique.

Plusieurs facteurs sont favorables à une telle démarche. **La culture de projet du CASVP dans son ensemble a été sollicitée à l'occasion de la démarche qualité, plus récemment pour la labellisation des sections d'arrondissement**, en cours de déploiement. On peut au demeurant se demander si les résidences-services ne constituent pas des sites de labellisation.

De même, **le CASVP envisage de cartographier prochainement ses risques**. Tout projet de service des résidences devrait développer un tel volet.

Le SSIAD lui-même a défini un projet de service à l'échelon central pour les soins prodigués dans les résidences-services. S'il s'agit d'une opportunité incontestable, compte tenu de la forte intersection entre les domaines d'activité et les acteurs du SSIAD et du volet hôtelier et animation de la vie des résidences, il existe néanmoins un risque

³⁰ Ainsi qu'il a été indiqué par la représentante de la direction générale de la cohésion sociale lors du colloque de décembre 2010 sur les logements foyers.

que ce projet centré sur les préoccupations de la délivrance des soins infirmiers n'occulte la question de la viabilité de l'ensemble, regroupant également les personnels sociaux et les résidents non soignés par le SSIAD.

La réforme organisationnelle en cours au sein de la sous-direction des services aux personnes âgées est aussi de nature à encourager une dynamique de projet : elle donne en effet naissance à un bureau de la vie à domicile regroupant en particulier le SAAD et le SSIAD lui-même.

Le fort investissement des résidences dans les plans de formation annuels constitue également un terreau favorable, l'enjeu étant désormais de donner une perspective plus large et structurée à cet outil majeur d'adaptation au changement.

Trois contraintes sont plus particulièrement à intégrer dans la démarche :

- La cohabitation de plusieurs métiers

Les trois principaux métiers exercés au sein de la résidence ou à sa périphérie sont les métiers dits sociaux, en réalité hôteliers, les métiers de soignants et le travail social. L'activité administrative relève plus des services centraux, qu'ils soient localisés au siège ou dans les sections d'arrondissement. En dépit de cette diversité, les tensions semblent limitées. Des organigrammes clairement définis autant que l'ancienneté des personnels et leur professionnalisation y contribuent. Aucun risque majeur de conflits, à l'exception d'un cas à la résidence Baudemons, n'a été signalé. Dans ce contexte, l'entrée dans une démarche participative de projet, à l'exemple de Beaunier, ne peut qu'être un facteur de renforcement de la cohésion des équipes.

- La prise en compte de l'environnement géographique, social et concurrentiel

Les futurs projets de résidence s'appuieront sur leurs particularités géographiques. Pour s'en tenir à deux exemples, le projet de Beaunier se fonde sur la proximité d'un CMP puissant et d'un réseau géronto-psychiatrique très développé dans le 14^{ème} arrondissement ; quant à l'exemple de Boissière, la concurrence née de l'ouverture ou de la rénovation à proximité de plusieurs établissements pour personnes âgées doit continuer à être prise en compte. Une perspective s'offre ici d'une recherche d'ores et déjà engagée de complémentarité plus que de concurrence.

- Enfin, la sociologie des résidents, telle qu'elle a été détaillée dans la première partie, justifie la variété – ou au moins les variations – des projets de résidence selon leurs spécificités.

Sans qu'il s'agisse d'orienter le contenu des futurs projets de service, des pistes sont toutefois proposées :

- **Un engagement clair et un affichage de la vocation sociale des résidences**, dans le cadre du projet stratégique retenu et explicité. Dans le cas des résidences-services, cette affirmation aurait le mérite de reconnaître la situation de fait et d'être un signal fort vis-à-vis des personnels.
- **Une orientation vers une individualisation des services rendus aux résidents**, tendance qui se développe dans bien des domaines de l'action publique, par exemple celui de l'éducation prioritaire.
- **Le renforcement des concertations et coordinations entre services cohabitant**, comme à Baudemons, **ou entre résidences et leurs structures**

d'appui notamment quand il s'agit d'EHPAD, ne serait-ce que dans le cadre de l'élaboration des projets d'établissement de ces derniers dont les résidences sont aujourd'hui absentes.

La méthode d'élaboration est aujourd'hui maîtrisée grâce aux précédents des EHPAD ; elle peut être allégée pour les résidences. Elle pourrait articuler :

- un cadrage au niveau central, dont le rôle d'animation du réseau et de fertilisation croisée des bonnes pratiques serait affirmé³¹ ;
- des déclinaisons strictement locales ;
- la participation de toutes les parties prenantes, y compris extérieures³² ;
- le projet de service du SSIAD.

3.3.2. Former et soutenir les personnels en s'appuyant sur les projets de service et de résidence

D'après un géronto-psychiatre rencontré pour les besoins de la mission, **les personnels assurent une fonction de contention qui consiste à maintenir le fonctionnement des résidences dans un état acceptable par toutes les parties prenantes et, de préférence, à y faire baisser la tension en maîtrisant les sources**. Pour cela, il faut une approche systémique, à la fois familiale, institutionnelle, et menée par l'ensemble des personnels.

Son conseil est qu'il est nécessaire de parler vrai, c'est-à-dire d'afficher d'emblée que les moyens humains ne seront pas augmentés. Ce sont d'autres ressources qu'il faut en conséquence mobiliser.

Dans le cadre du projet de service et des projets de résidences, il convient de **s'appuyer sur l'expérience professionnelle acquise pour promouvoir les comportements de maîtrise des situations délicates**. Un professionnel calme fait que l'autre se calme. L'enjeu des formations serait donc de renforcer cette expérience, pour limiter le nombre des incidents à déplorer et l'ampleur qu'ils peuvent prendre. **L'objectif est de redonner confiance aux personnels dans leur faculté à s'ajuster et de les convaincre de leur capacité à désamorcer**, dans la mesure du possible, **les situations susceptibles de dégénérer**.

Les modules de formation sont également à concevoir pour faire partager à l'ensemble des personnels la doctrine arrêtée en matière d'alcool et d'incivilités.

La plupart de ces formations doivent concerner l'ensemble des personnels, y compris et en priorité les moins qualifiés d'entre eux. Elles doivent également revêtir un caractère obligatoire pour que chaque agent partage avec tous ses collègues de la résidence un même référentiel et un même répertoire d'attitudes et de comportements adaptés à la maîtrise de la situation.

³¹ Tel est, dans ce domaine, la préconisation faite par l'Inspection générale des affaires sociales dans le cadre de ses audits de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et de son réseau.

³² Par exemple, l'atelier intergénérationnel mis en place à la résidence Vaugelas en coopération avec les écoles et les crèches du quartier concerné du 15^{ème} arrondissement.

Recommandation n°7 : Concevoir des formations-actions à caractère obligatoire, étroitement liées au projet de service et visant à la diminution de la fréquence et de la gravité des incidents.

3.3.3. Organiser certains partenariats au bénéfice des résidences-services

Les résidences-services sont toutes au cœur d'un réseau de partenaires dans plusieurs domaines : services de soins, échelons territoriaux de la collectivité locale, parisienne ou de banlieue, services sociaux ou encore prestataires divers pour le bien-être des résidents. Les résidences de banlieue ont aussi mis en place des partenariats forts avec les autorités communales et départementales, tant pour l'offre de prestations sociales que l'attribution de l'aide sociale elle-même.

Selon les cas, ces partenariats doivent être formalisés, étendus ou approfondis. Ainsi, un approfondissement de la relation avec les PSA - principalement celle de Bastille - pourvoyeuses de nombre de candidatures, pourrait-il permettre une amélioration des dossiers des candidats à l'admission. Une prochaine mission de l'Inspection générale portant sur les PSA pourra, entre autres, examiner ce point.

Les partenariats pourraient également être renforcés avec plusieurs acteurs, en s'appuyant sur l'expérience de certaines résidences : par exemple, la résidence Omer Talon travaille en bonne intelligence avec les services de police, ayant participé à la mission prévention du commissariat de son quartier ; la résidence Beaunier fournit une référence pour le travail avec un secteur psychiatrique. Les possibilités de travail avec les associations caritatives doivent également être identifiées, le recours à de tels partenariats paraissant peu fréquent.

La mise en relation des résidences-services autour de leurs problèmes communs, au-delà de la seule coordination du SSIAD (Cf. *supra* la déclinaison d'un projet de service en projets d'établissement) d'une part, **la mutualisation des relations partenariales** d'autre part, sont de nature à renforcer la capacité des résidences à maîtriser les situations complexes auxquelles elles sont confrontées.

Si de nouvelles conventions sont passées avec certains secteurs psychiatriques, il faut accepter un échange de bons procédés³³. Il faut travailler à leur élaboration avec les responsables des services sociaux de l'hôpital concerné et établir un lien avec le Point Paris Emeraude. Dans le cadre d'une telle **relation conventionnelle**, il sera sans doute moins difficile d'amener aux soins des résidents qui les refusent. De même des actions de formation et de supervision des personnels peuvent être inscrites parmi les prestations prévues par le partenariat. **Des conventionnements de cette nature pourraient être recherchés dans toutes les résidences où se pose un problème de comportements perturbateurs et non maîtrisables par d'autres moyens³⁴.**

Enfin, pour l'ensemble de ces partenariats psychiatriques, **il paraîtrait judicieux de travailler avec l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARSIF), seule institution à**

³³ Paiement d'une vacation, réservation de 5 à 6 lits pour le secteur, facilitation de certaines admissions dérogatoires, par exemple, pour des raisons de domiciliation, prévoir des allers et venues entre la résidence et des structures dépendant de l'hôpital, une circulation étant nécessaire....

³⁴ Quitte à avoir des résidents difficiles, autant les accueillir stabilisés, donc déjà pris en charge par le secteur psychiatrique à leur arrivée en résidence et acceptant de se soigner. Leur faire une place dans les priorités d'admission ne serait pas forcément une mauvaise affaire.

même de mesurer l'avantage économique (et sans doute thérapeutique) d'un accueil de patients stabilisés en résidences-services, libérant des places beaucoup plus coûteuses dans les hôpitaux psychiatriques ou les services dédiés de l'AP-HP.

Recommandation n°8 : Prendre l'initiative, au niveau des services centraux du CASVP et en coordination avec l'ARSIF, d'un partenariat avec les secteurs psychiatriques pour chacune des résidences où cela paraîtra nécessaire.

3.3.4. Favoriser la participation des résidents

Sans qu'il s'agisse de constituer des dispositifs lourds pour des établissements de taille relativement limitée, **une participation des résidents pourrait être développée, conformément aux objectifs que promeut la réglementation**. Des enquêtes de satisfaction pourraient être systématisées dans le cadre proposé ci-après d'une association plus étroite des usagers à la vie de l'établissement d'une part, et une réflexion pourrait être menée sur les pratiques des uns et des autres pour assurer une cohabitation pacifique pendant les temps de restauration entre les résidents eux-mêmes et les usagers venus de l'extérieur.

En ce qui concerne l'association des usagers, en dehors du cas des résidences du 14^{ème} arrondissement, peu ou pas d'initiatives ont été prises à la différence des EHPAD ou de l'ensemble des établissements médico-sociaux où ces pratiques sont obligatoires. Le CASVP pourrait s'appuyer sur la pratique de ses EHPAD : par exemple le questionnaire d'enquête de satisfaction utilisé à Villers-Cotterêts, le journal interne très simple de l'EHPAD Groussier ou l'exemple du groupe d'expression mis en place au centre d'hébergement du Samu social à Baudemons. Des initiatives pourraient être prises pour transfuser les pratiques des EHPAD dans les résidences-services qui, aujourd'hui, leur sont devenues proches, sinon sous l'angle de la dépendance de leurs résidents respectifs, du moins du fait de la précarité de ceux-ci.

En effet, les dispositions de l'article 23 du règlement des résidences service, qui se limitent à prévoir la mise à disposition des résidents d'un registre destiné à exprimer les attentes vis-à-vis du fonctionnement de l'établissement, ne peuvent tenir lieu aujourd'hui d'outil suffisant de participation à la vie sociale des résidences.

Recommandation n°9 : Mettre au point et déployer des outils simples de participation des résidents à la vie de leur établissement.

3.3.5. Réduire l'isolement des résidences-services, en particulier les plus éloignées

Deux des quatre résidences de banlieue (Aqueduc et Préfet Chaleil) ont été associées à un EHPAD (Cachan et Bondy) sous une direction commune, les deux autres (Baudemons et Boissière) ne l'étant pas pour des raisons d'éloignement géographique. *Intra muros*, pour la seule Résidence Bon Accueil, la contiguïté avec l'EHPAD Oasis a également permis un adossement.

L'adossement à un EHPAD tel qu'il a pu être observé dans les trois cas existants apparaît comme une réponse possible à l'isolement de certaines résidences-services confrontées à un accueil croissant de résidents précaires. En effet, si l'isolement géographique est une donnée difficilement contournable, il s'accompagne d'un isolement fonctionnel, plus lourd

de conséquences. L'adossement entre deux établissements n'est pour autant pas toujours possible. De ce point de vue, **la présence renforcée des services centraux auprès des résidences les plus isolées ne peut être que recommandée** selon les modalités qui paraîtront les mieux adaptées au CASVP.

Il convient aussi d'évoquer ici **les inquiétudes que suscite la résidence Boissière**. La solution de la vente a été envisagée il y a une dizaine d'années : la résidence est restée depuis sans projet d'avenir clair. La piste d'une intervention du conseil général de l'Essonne alors envisagée ne semble pas avoir aujourd'hui plus de chances d'aboutir dans la mesure où viennent d'être construites ou rénovées trois résidences à proximité. Les perspectives immobilières actuellement envisagées sous la forme d'une restructuration simple de quelques pièces (création d'espaces de bien-être comme une salle de massage, mise à disposition d'un bureau pour une assistante sociale) mériteraient qu'un conseil architectural soit apporté.

Dans l'immédiat, un soutien fort s'impose pour formaliser un projet de service fondé :

- sur une individualisation des parcours et la recherche d'une collaboration avec des psychiatres ;
- sur une restructuration de l'espace pour l'accueil, la suppression de balcons, l'agrandissement de logements pour pouvoir accueillir des couples dont l'accueil est recherché ainsi que des femmes. Dans ce sens, un rapprochement a été opéré avec une association locale de personnes âgées.

Recommandation n°10 : Renforcer le soutien apporté par les services centraux aux résidences isolées. Prendre une décision sur le devenir de la résidence Boissière.

3.3.6. Dimension métropolitaine de la question

Sans qu'une recommandation soit émise sur cette question à ce stade, il paraît important de souligner ici que le sujet des résidences-services gagnerait à être envisagé à l'échelle métropolitaine. Il est d'autant plus important de le noter que tout centre d'action sociale a tendance à aborder les questions en fonction de son ressort communal et que le caractère mono-communal du département de Paris renforce cette tendance.

Pour autant, il ne faut pas négliger **les mouvements des précaires et des sans domicile, l'existence historique de résidences parisiennes en banlieue, le rôle de l'ARSIF s'étendant à l'ensemble de la région Île-de-France ou encore le ressort géographique de l'AP-HP et des secteurs psychiatriques**.

Même si le caractère récent et préfigurateur des actuelles institutions métropolitaines peut faire douter de la pertinence immédiate d'une telle orientation, celle-ci doit être considérée dès à présent comme une perspective de long terme.

3.4. Désimbriquer progressivement le SSIAD et faire évoluer les compétences qu'il réunit

3.4.1. Rechercher une solution de financement en faisant reconnaître la spécificité du SSIAD du CASVP dans la prise en charge socio-psycho-médicale

La réforme du financement des SSIAD devrait se mettre en place progressivement à partir de 2012 ; elle confirmera **l'exception du SSIAD parisien, tant en matière de conditions d'exercice de l'activité que de pathologies des patients**. En pratique, les critères qui détermineront le montant de la dotation ne correspondent pas, pour l'essentiel, à la situation parisienne, dans ses dimensions pathologiques autant que du fait de sa situation géographique. Il est **probable que les critères adoptés au niveau national ne permettront pas d'équilibrer les dotations de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et les dépenses exposées par le CASVP**. Seul un financement spécifique semble dès lors envisageable.

Il paraît dans ces conditions illusoire de fonder les évolutions à mener sur une conformation de la situation aux critères, stratégie par avance vouée à l'échec. Au contraire, **c'est bien la nature atypique des patients qui doit être mise en avant**, sachant que l'exception parisienne pourra préfigurer à terme des problèmes auxquels seront confrontées d'autres métropoles où vieillissent aussi en nombre des personnes issues de la précarité. S'il est à craindre que l'approche des services de l'Etat disjoigne encore un certain temps les questions de vieillissement, de précarité et de santé pour des raisons structurelles. **Ne pouvant pas caler son projet stratégique pour ses résidences-services sur les règles de financement nationales, Paris doit au contraire exciper de son originalité et de son rôle probable de précurseur.**

Le SSIAD du CASVP doit donc être conforté dans sa spécificité de prise en charge socio-psycho-médicale. L'ARSIF devrait être en mesure de reconnaître l'intérêt pour la collectivité nationale de cette capacité à soigner en dehors des établissements psychiatriques un nombre à définir de patients stabilisés pour un coût sensiblement moindre que ceux engendrés par des hospitalisations prolongées.

Recommandation n°11 : Expliciter les demandes de financement du SSIAD du CASVP en arguant de son caractère durablement exceptionnel.

3.4.2. Orienter davantage le SSIAD vers des patients en résidences appartements dans le cadre de sa spécificité

Lors de la constitution du SSIAD, un objectif de localisation d'un quart de ses patients dans des résidences appartements, donc hors des résidences-services, avait été fixé. Si un tel mouvement ne peut être que lent et que les besoins propres aux résidents des résidences-services ne doivent pas passer au second plan de ce fait, une telle évolution doit être poursuivie. Elle doit fournir l'occasion au SSIAD d'améliorer globalement son offre.

Toutefois, **un tel mouvement devrait contribuer à l'affirmation de la spécificité du SSIAD du CASVP dans la prise en charge psycho-médico-sociale**. Le SSIAD devrait en conséquence recruter dans les résidences appartements des patients dans des situations médico-sociales proches de celles rencontrées chez ses patients des résidences-services.

Recommandation n°12 : Subordonner une ouverture sur les résidences appartements à la prise en charge prioritaire de patients à pathologies psychiques et problèmes sociaux.

3.4.3. Mettre à profit le renouvellement des effectifs pour faire évoluer les compétences en fonction des pathologies particulières des résidents

Compte tenu de sa spécificité, **le SSIAD doit affirmer sa capacité à assumer une surveillance de ses patients plus étendue**. Pour ce faire, au-delà des astreintes que lui permet la mise à disposition de logements de fonctions, il doit élargir sa plage horaire quotidienne d'activité. **Une équipe d'après-midi et de début de soirée**, ayant vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire parisien, devrait ainsi voir le jour.

En outre, les charges d'astreinte devraient être redéfinies pour dépasser le cadre de la seule résidence dans laquelle se situe le logement.

Enfin, **les nouveaux recrutements devraient viser en priorité l'accroissement des compétences nécessaires à la reconnaissance de la vocation du SSIAD à prendre en charge une proportion significative de patients souffrant de difficultés sociales et de troubles psychiques** : infirmiers ayant une expérience en établissements psychiatriques, aides médico-psychologiques...

Recommandation n°13 : Définir une organisation et une politique de recrutement conformes à la vocation du SSIAD de prise en charge socio-psycho-médicale de ses patients.

TABLEAU DES RECOMMANDATIONS

N°	Recommandations
1	Préférer une mixité sociale maîtrisée à une spécialisation plus poussée des résidences. Quelle que soit l'orientation retenue, la faire figurer dans un projet stratégique.
2	Connaître dès l'admission et suivre les pathologies – en particulier les troubles psychiques et psychiatriques ainsi que les addictions – des résidents dont on peut craindre qu'ils adoptent des comportements à l'origine d'incidents répétés dans la vie de la résidence.
3	Intégrer dans le projet de service un volet prévention et maîtrise du risque alcool, en particulier dans les restaurants et les parties communes.
4	Mener une démarche d'évaluation des risques au sein des résidences. Entre autres

	mesures visant à les limiter, dans le cadre d'un projet de service des résidences, définir des protocoles d'intervention sur les conduites à tenir en cas de dangers graves pour les autres occupants de la résidence. Identifier des cas d'exclusion avec des procédures allant à leur terme dans les situations les plus périlleuses.
5	Vérifier systématiquement la détention par les résidents d'une assurance de responsabilité civile.
6	Mettre à profit les évolutions d'organisation initiées par la création d'un bureau de la vie à domicile pour qu'un service social assure un accompagnement dès leur admission des résidents qui le nécessitent et vienne en appui des responsables des résidences-services en tant que de besoin.
7	Concevoir des formations-actions à caractère obligatoire, étroitement liées au projet de service et visant à la diminution de la fréquence et de la gravité des incidents.
8	Prendre l'initiative, au niveau des services centraux du CASVP et en coordination avec l'ARSIF, d'un partenariat avec les secteurs psychiatriques pour chacune des résidences où cela paraîtra nécessaire.
9	Mettre au point et déployer des outils simples de participation des résidents à la vie de leur établissement.
10	Renforcer le soutien apporté par les services centraux aux résidences isolées. Prendre une décision sur le devenir de la résidence Boissière.
11	Expliciter les demandes de financement du SSIAD du CASVP en arguant de son caractère durablement exceptionnel.
12	Subordonner une ouverture sur les résidences appartements à la prise en charge prioritaire de patients à pathologies psychiques et problèmes sociaux.
13	Définir une organisation et une politique de recrutement conformes à la vocation du SSIAD de prise en charge socio-psycho-médicale de ses patients.

PERSONNES RENCONTREES

Conseil de Paris

Liliane CAPELLE

[.....]

Adjointe au Maire

Directrice de cabinet de l'adjointe au Maire

Cabinet du Maire

[.....]

Conseiller chargé des seniors...

Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES)

[.....]

Sous-directeur de l'action sociale

[.....]

Bureau des actions pour les personnes âgées

[.....]

Au titre de ses anciennes fonctions au sein de la direction générale de la cohésion sociale

Centre d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP)

[.....]

Directrice générale

[.....]

Directeur adjoint

[.....]

Chef du service des ressources humaines

[.....]

Chef du bureau de la gestion des personnels hospitaliers...

[.....]

Sous-directrice des services aux personnes âgées

[.....]

Adjoint à la sous-directrice des services aux personnes âgées

[.....]

Médecin conseil

[.....]

Chef du bureau des EHPAD et résidences

[.....]

Secrétariat de la commission d'entrée en résidence

[.....]

Coordonnatrice du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

[.....]

Chef du bureau de l'accueil en résidence

[.....]

Bureau de l'analyse, du budget et de la prospective

[.....]

Bureau de l'analyse, du budget et de la prospective

[.....]

Bureau de l'analyse, du budget et de la prospective

[.....]

Sous-directrice de la Solidarité et de la lutte contre l'exclusion

[.....]

Chef du bureau des dispositifs d'accueil, d'orientation et d'insertion

Résidences-services (rencontres avec les responsables de la résidence, de la section d'arrondissement et/ou de l'EHPAD associé)

Saint-Sauveur (2^{ème})Vaugelas (15^{ème})

Boissière (91)

Madeleine Béjart (3^{ème})Ternes (17^{ème})

Préfet Chaleil (93)

Omer Talon (11^{ème})Epinettes (17^{ème})

Beaudemons (94)

Arbustes (14^{ème})Bon accueil (18^{ème})

Aquaduc (94)

Beaunier (14^{ème})

EHPAD Villers-Cotterêts (02)

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

[.....] Directeur délégué auprès de la Directrice des établissements et services médico-sociaux

[.....] Directeur délégué aux partenariats et projets auprès de la Directrice de la compensation de la perte d'autonomie

Agence régionale de la Santé d'Île de France (ARSIF)

[.....] Directrice départementale ARSIF 75

Psychiatres spécialisés en gérontologie et populations précaires

[.....] Praticien hospitalier à l'hôpital Sainte-Anne

[.....] Praticien hospitalier à l'hôpital Sainte-Anne

[.....] Praticien hospitalier à l'hôpital Sainte-Anne

Autres personnes qualifiées

[.....] Vice-Présidente du CODERPA

Assistance à une commission d'admission en établissements pour personnes âgées

Assistance au colloque « Quel avenir pour les foyers logements ? » du 7 décembre 2010

SIGLES UTILISES

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (grille nationale)
AREFO	Association RÉsidences et FOyers
AREPA	Association des Résidences pour Personnes Âgées
ARSIF	Agence Régionale de Santé d'Île-de-France
ASL	Aide Sociale Légale
CASVP	Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CESF	Conseillère en Economie Sociale et Familiale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CREPAH	Conseil Recherches Etudes Planification Aménagements de l'Habitat
DASES	Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPAD	Echelle de Personnes Âgées Difficiles qui épuisent
ERP	Etablissement Recevant du Public
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	Groupe iso ressources Moyen Pondéré
PSA	Permanence Sociale d'Accueil
RS	Résidence-Services
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SDF	Sans Domicile Fixe
SDIS	Sous-Direction des Interventions Sociales du CASVP
SDSPA	Sous-Direction des Services aux Personnes Âgées du CASVP
SSDP	Services Sociaux Départementaux polyvalents
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile

PROCEDURE CONTRADICTOIRE

Réponse de la directrice générale du CASVP du 15/03/2011

**CENTRE D'ACTION SOCIALE
DE LA VILLE DE PARIS**



Sous-direction des Services aux Personnes Agées

Affaire suivie par

Tél.

Courriel :

N/Réf.

le 15 mars 2011

Note à l'attention de

Monsieur

Inspecteur Général

Inspection Générale de la Ville de Paris



Objet : transmission du rapport provisoire d'audit des résidences-services du CASVP

Réf : votre note du 21 février 2011

J'ai l'honneur de vous informer que le CASVP n'a plus qu'une remarque de détail à faire valoir sur le contenu du rapport provisoire d'audit des résidences-services que vous m'avez transmis sous note du 21 février dernier : il est indiqué page 32 (2.1.7 la sécurité, gardiennage) qu'il n'y a pas de gardien de 18h30 à 21h00 à la résidence Baudemons. Après avoir vérifié auprès de la résidence, il semble que ce soit une erreur : la gardienne de la résidence reste bien jusqu'à 21h00, heure à laquelle arrive l'agent de surveillance du CASVP (et non pas du SAMU comme indiqué dans le rapport).

la Directrice Générale

Laure de la BRETECHE

5, boulevard Diderot - 75589 Paris Cedex 12
Tél. 01 44 67 1511 - Fax 01 44 67 16 02

Pour toute information
info Le 3975
Paris.fr

ANNEXE

Données statistiques sur les résidents

Tableau 21 : Âge des résidents

	effectif par tranches d'âge					% par tranche d'âge					Age moyen		
	<60	60-70	70-80	80-90	>90	<60	60-70	70-80	80-90	>90	Femme	Homme	Total
AVE MARIA		6	24	33	8	0%	8%	34%	46%	11%	82 ans et 0 mois	77 ans et 9 mois	80 ans et 7 mois
BEAUNIER	1	33	17	14	4	1%	48%	25%	20%	6%	74 ans et 8 mois	71 ans et 11 mois	73 ans et 6 mois
BON ACCUEIL		13	26	13	5	0%	23%	46%	23%	9%	77 ans et 7 mois	75 ans et 8 mois	76 ans et 3 mois
CAULAINCOURT		31	31	23	12	0%	32%	32%	24%	12%	81 ans et 2 mois	72 ans et 11 mois	76 ans et 8 mois
DES EPINETTES		19	29	21	2	0%	27%	41%	30%	3%	79 ans et 7 mois	73 ans et 3 mois	76 ans et 4 mois
LE PRINCE	1	13	17	15	5	2%	25%	33%	29%	10%	82 ans et 5 mois	72 ans et 3 mois	78 ans et 0 mois
LES ARBUSTES		15	26	22	5	0%	22%	38%	32%	7%	79 ans et 11 mois	73 ans et 2 mois	77 ans et 10 mois
LES TERNES		8	19	23	13	0%	13%	30%	37%	21%	83 ans et 10 mois	73 ans et 9 mois	81 ans et 5 mois
MADELEINE BEJART		20	31	18	3	0%	28%	43%	25%	4%	80 ans et 2 mois	72 ans et 6 mois	75 ans et 4 mois
MAINE		20	24	23	6	0%	27%	33%	32%	8%	78 ans et 0 mois	75 ans et 6 mois	76 ans et 9 mois
MOUFFETARD		5	9	24	11	0%	10%	18%	49%	22%	84 ans et 6 mois	80 ans et 1 mois	83 ans et 1 mois
OMER TALON		21	33	8		0%	34%	53%	13%	0%	75 ans et 9 mois	72 ans et 3 mois	73 ans et 3 mois
OSCAR ROTY		5	16	32	14	0%	7%	24%	48%	21%	84 ans et 1 mois	75 ans et 9 mois	82 ans et 9 mois
PETIT REMOULEUR		6	14	16	3	0%	15%	36%	41%	8%	81 ans et 3 mois	76 ans et 2 mois	79 ans et 2 mois
QUINTINIE		8	23	27	7	0%	12%	35%	42%	11%	80 ans et 0 mois	78 ans et 6 mois	79 ans et 8 mois
SAINT ELOI		23	30	14	6	0%	32%	41%	19%	8%	79 ans et 10 mois	73 ans et 6 mois	75 ans et 10 mois
SAINT SAUVEUR		11	20	8	3	0%	26%	48%	19%	7%	78 ans et 0 mois	76 ans et 1 mois	76 ans et 7 mois
TOURELLES		5	17	15	8	0%	11%	38%	33%	18%	83 ans et 6 mois	75 ans et 2 mois	80 ans et 9 mois
VAUGELAS		5	17	17	9	0%	10%	35%	35%	19%	81 ans et 11 mois	77 ans et 7 mois	80 ans et 11 mois
AQUEDUC		33	34	10	2	0%	42%	43%	13%	3%	80 ans et 0 mois	70 ans et 3 mois	72 ans et 9 mois
BAUDEMONS		27	21	5	1	0%	50%	39%	9%	2%	81 ans et 0 mois	69 ans et 6 mois	71 ans et 8 mois
BOISSIERE		17	19	7	3	0%	37%	41%	15%	7%	84 ans et 1 mois	71 ans et 0 mois	74 ans et 5 mois
PREFET CHALEIL		28	20	8	1	0%	49%	35%	14%	2%	76 ans et 11 mois	69 ans et 10 mois	71 ans et 5 mois
Total	2	372	517	396	131	0%	26%	36%	28%	9%	80 ans et 5 mois	72 ans et 5 mois	76 ans et 5 mois

Source : CASVP application ACTARUS au 31/08/2010

Tableau 22 : Nationalité des résidents

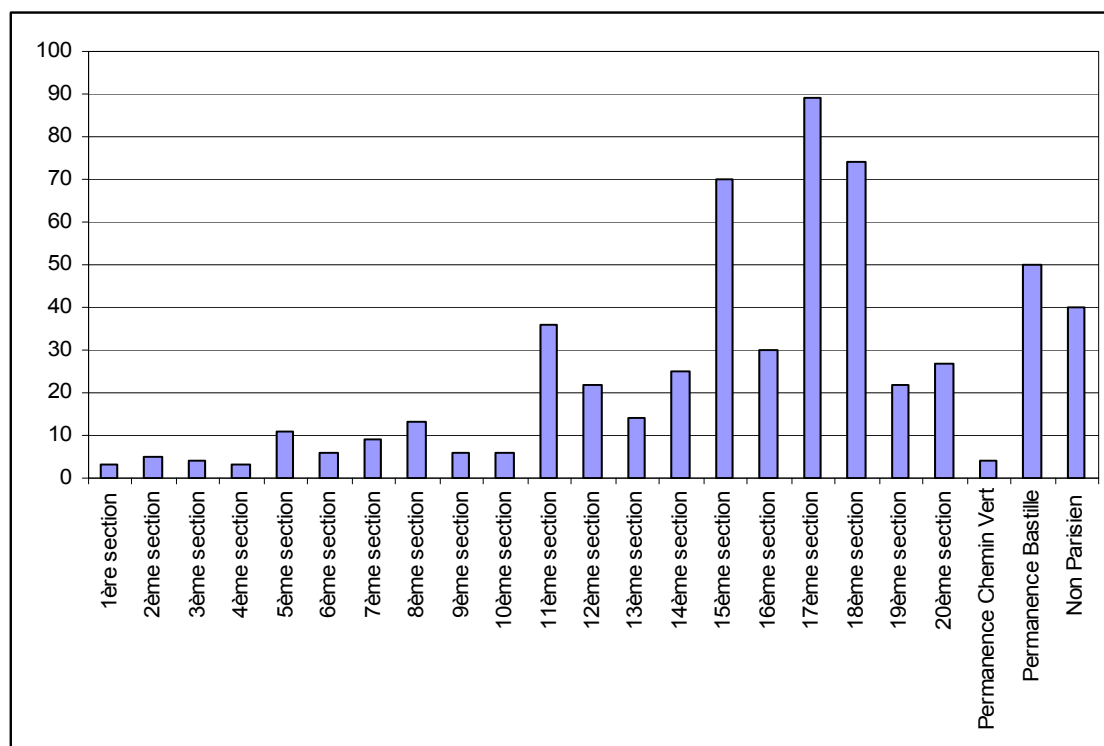
	effectifs par nationalité				% par nationalité			
	Autres	Française	Hors UE	UE	Autres	Française	Hors UE	UE
AVE MARIA	1	55	14	1	1%	77%	20%	1%
BEAUNIER		53	11	5	0%	77%	16%	7%
BON ACCUEIL	5	32	14	6	9%	56%	25%	11%
CAULAINCOURT	8	69	13	7	8%	71%	13%	7%
LE PRINCE		39	9	3	0%	76%	18%	6%
LES ARBUSTES		56	9	3	0%	82%	13%	4%
LES EPINETTES		46	16	9	0%	65%	23%	13%
LES TERNES		56	2	5	0%	89%	3%	8%
MADELEINE BEJART		41	27	4	0%	57%	38%	6%
MAINE	6	53	9	5	8%	73%	12%	7%
MOUFFETARD	2	43	4		4%	88%	8%	0%
OMER TALON	1	35	23	3	2%	56%	37%	5%
OSCAR ROTY		56	7	4	0%	84%	10%	6%
PETIT REMOULEUR		34	3	2	0%	87%	8%	5%
QUINTINIE	2	49	6	8	3%	75%	9%	12%
SAINT ELOI		48	19	6	0%	66%	26%	8%
SAINT SAUVEUR	8	27	4	3	19%	64%	10%	7%
TOURELLES		37	8		0%	82%	18%	0%
VAUGELAS		37	4	7	0%	77%	8%	15%
AQUEDUC	2	56	19	2	3%	71%	24%	3%
BAUDEMONS		32	20	2	0%	59%	37%	4%
BOISSIERE		32	11	3	0%	70%	24%	7%
PREFET CHALEIL	1	40	11	5	2%	70%	19%	9%
Total	36	1026	263	93	3%	72%	19%	7%

Source : CASVP application ACTARUS au 31/08/2010

Tableau 23 : « Girage » des résidences-services

Résidences	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total de résidents	% GIR1/2	GMP 2010	GMP 2009
Ave Maria (4ème)	0	1	5	9	14	43	72	1%	200	172
Beaunier (14ème)	0	1	7	15	18	28	69	1%	264	256
Bon Accueil (18ème)	0	0	0	6	11	38	55		144	174
Caulaincourt (18ème)	0	0	2	9	10	76	97		133	182
Le Prince (7ème)	0	0	0	12	15	20	47		217	162
Les Arbustes (14ème)	0	0	1	4	2	60	67		105	92
Les Epinettes (17ème)	0	0	0	5	11	56	72		122	154
Les Ternes (17ème)	0	1	1	4	5	45	56	2%	135	142
Madeleine Béjart (3ème)	0	0	1	16	27	27	71		226	211
Maine (14ème)	0	1	2	2	8	61	74	1%	125	121
Mouffetard (5ème)	0	0	0	8	18	22	48		196	202
Omer Talon (11ème)	0	0	0	8	31	22	61		207	175
Oscar Roty (15ème)	0	0	0	0	8	58	66		92	95
Petit Rémouleur (4ème)	0	0	1	11	5	21	38		211	153
Quintinie Procession (15ème)	0	0	2	4	3	58	67		117	118
St Eloi (12ème)	3	7	4	7	16	36	73	14%	287	211
St Sauveur (2ème)	0	0	0	8	9	25	42		175	161
Tourelles (12ème)	0	1	1	7	6	29	44	2%	181	201
Vaugelas (15ème)	0	0	0	5	5	37	47		126	84
Aqueduc (94)	0	0	0	21	17	39	77		205	233
Baudemons (94)	0	0	1	8	8	35	52		163	151
La Boissière (91)	0	0	0	1	5	37	43		99	109
Préfet Chaleil (93)	0	0	0	5	13	37	55		144	167
TOTAL	3	12	28	175	265	910	1393	1%	169	163

Source : CASVP novembre 2010

Graphique 12 : La répartition géographique des demandeurs par arrondissement

Source : CASVP situation au 26 octobre 2010 - application AïDA